

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMU HASTALARINDA
KİŞİLİK BOZUKLUĞU, ÖFKE VE ALEKSİTİMİ**

Dr. Neşe DİREK
Prof. Dr. Mine ÖZKAN

İSTANBUL

(2008)

TEŞEKKÜR

Öncelikle gerek tez yazma sürecimde gerekse psikiyatri uzmanlık eğitimimde değerli katkıları, yapıcı eleştirileriyle ilgi ve desteğini gördüğüm, deneyimlerinden faydalandığım ve birlikte çalışmaktan her zaman zevk aldığım tez danışmanın Prof. Dr. Mine Özkan'a, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sedat Özkan'a ve Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Raşit Tükel'e,

Her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendiğim ve onlarla aynı çatı altında 5 yıl geçirdiğim için kendimi çok şanslı hissettiğim tüm öğretim üyelerine,

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cihan Aksoy ve Doç. Dr. Ayşe Karan'a,

İş arkadaşlığının çok ötesinde dostluklar kurduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hasta grubuna ulaşmamda ve hastaları değerlendirme sürecinde büyük yardımlarını gördüğüm ve azmini her zaman örnek aldığım Hem. Nazmiye Kocaman'a,

İstatistik değerlendirme konusunda değerli yardımlarına başvurduğum Yard.Doç.Dr. Hakan Çamlıca ve Psik. Bilge Tuncelli'ye,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar ve kontrol grubu katılımcılarına,

Kliniğimizin tüm psikologları, sosyal hizmet uzmanımız ve nöbetlerin en unutulmaz parçaları olan hepsi birbirinden değerli hemşirelerimize ve servis personellerimize,

Asistanlık sürem boyunca işlerin kolaylaşmasında büyük yardımlarını gördüğüm, özveriyle çalışan tüm sekreterlerimize,

Tez yazma sürecinde daima desteğini hissettiğim dostum Dr. Ayşegül Karabay'a,

ve aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	İİ
İÇİNDEKİLER	İİİ
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Vİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Epidemiyoloji.....	5
2.3. Tarihsel Gelişim.....	5
2.4. Etyopatogenez.....	6
2.4.1. Biyolojik Yaklaşım	6
2.4.2. Psikodinamik Yaklaşım	7
2.5. Semptomatoloji.....	8
2.6. Tanı	10
2.7. MAS İle İlgili Psikiyatrik Araştırmalar	11
2.7.1. Stres, birinci eksen psikiyatrik tanılar.....	11
2.7.2. Aleksitimi.....	14
2.7.3. Kişilik.....	18
2.7.3.1. A Kümesi (garip, eksanrik küme)	19
2.7.3.2. B Kümesi (uyumsuz, dengesiz, tutarsız küme).....	21
2.7.3.3. C Kümesi (anksiyöz küme).....	24
2.7.3.4. Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu.....	27
2.7.4. Öfke.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1.1. Yöntem.....	31
3.1.2. Değerlendirme Araçları.....	31
3.1.3. İstatistik değerlendirme.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Sosyodemografik Veriler	34

4.2. MAS Grubunun Özellikleri.....	36
4.3. Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	37
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Sosyodemografik veriler.....	43
5.2. Ölçekler.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
ÖZET.....	51
ABSTRACT.....	52
KAYNAKLAR.....	53

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik Veriler-I.....	34
Tablo 2. Sosyodemografik veriler-II	35
Tablo 3.Stres faktörleri	36
Tablo 4. SÖÖTÖ ve TAS puanları	38
Tablo 5. II. Eksen tanıları ve kümelere göre oranları	39
Tablo 6. Kişilik bozukluklarının iki grup arasında karşılaştırılması	40
Tablo 7. MAS grubunda kişilik bozukluğu tanısı almanın öngörücüsü olarak iç öfke ..	41
Tablo 8. MAS grubunun öngörücüleri olarak öfke kontrolü, TAS puanı ve SCID-II tanısının varlığı	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Temporomandibular eklem ağrısı ve disfonksiyonunun özellikleri	4
Şekil 2. Farklı çiğneme kaslarının tutulumuyla yansıyan ağrının etkilediği bölgeler	9
Şekil 3. Farklı eksenlerde TME hastalıklarının psikolojik faktörlerle etkileşimi.....	11
Şekil 4. Ay olarak hesaplanan şikayet süresinin grup içindeki asimetrik dağılımı	37
Şekil 5. MAS ve kontrol gruplarında kişilik bozukluklarının, gruplardaki toplam sayıya göre görülme yüzdeleri	40

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- TME: Temporomandibular Eklem
- MAS: Miyofasiyal Ağrı Sendromu
- MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
- SCID-II: Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme
- OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
- NKB: Narsisistik Kişilik Bozukluğu
- PAKB: Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu
- PARKB: Paranoid Kişilik Bozukluğu
- BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu
- BAĞKB: Bağımlı Kişilik Bozukluğu
- KKB: Kaçınan Kişilik Bozukluğu
- SÖÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği
- TAS: Toronto Aleksitimi Skalası
- SCL-90: Semptom Tarama Listesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Temporomandibular eklem (TME) hastalıkları eklem patolojisinden yada çiğneme kaslarına ait patolojilerden kaynaklanabilir. Bunlardan en sıklıkla karşılaşılan miyofasiyal ağrı sendromudur (MAS). MAS kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan gergin bantlardaki tetik noktalardan kaynaklanan ağrı veya ağrıya eşlik eden kas spazmı, hassasiyet, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, tutukluk, yorgunluk ve bazen otonomik disfonksiyonlarla karakterize bir sendromdur. MAS'ın etyolojisi tartışmalıdır ve tam olarak aydınlatılamamıştır. MAS'a neden olabilecek birçok faktör varsa da psikiyatrik hastalıklar, yorgunluk, stres en önemli faktörler gibi görünmektedir (1).

MAS, TME hastalıkları içinde psikiyatrik yanı en çok çalışılan alt gruptur. MAS tanısı konmasında konsensus olmaması, psikiyatrik ölçme ve değerlendirme sistemlerinin çeşitliliği, hastalığın çok boyutlu özelliği nedeniyle bu çalışmalardan kesin sonuçlara ulaşılamamaktadır. Ancak kabaca denilebilir ki, MAS stresle yakından ilişkili olan ve gerek birinci gerekse ikinci eksen psikiyatrik hastalıklarının sık görüldüğü bir hastalıktır (2,3).

Son zamanlarda psikosomatik alanında yapılmış olan çalışmalarda ağrı ile öfke arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir. Endojen opioid disfonksiyonunun ve öfke dışa vurumunu idare etmekteki yetersizliğin, ağrının kronikleşmesine yol açtığı düşünülmektedir (4). Bu çalışmalarda öfke, hostilete ve öfkenin dışa vurumu konularında odaklanıldığı görülmektedir. Bastırılan yoğun öfke kronik ağrının gelişimine yada var olan ağrının şiddetinin artmasına neden olabilmektedir. Bu hastalarda içe dönük öfke puanları, sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmaktadır. Yine bu hastaların aleksitimik oldukları; yani kendi duygularını tanımakta zorlanan, simgeleştirme kapasiteleri düşük, duygu işleme süreçlerinde problem olan kişiler oldukları saptanmıştır. Bu kişilerde psikosomatik semptomların sık görüldüğü ve bunun öfkeyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (2).

Schawartz ve arkadaşları MAS olup konvansiyonel yöntemlerle tedavi edilen ancak tedaviden fayda görmeyen 42 kadın hastayı, tedaviden faydalanan 42 hastayla karşılaştırmışlardır. Hastalara çeşitli psikometrik testlerin uygulandığı bu çalışmada, tedaviden fayda görmeyen grupta emosyonel stresin ve genel olarak psikopatolojinin daha fazla olduğunu saptanmıştır (5). Kişilik bozukluklarını saptamak için kullanılan SCID-II'nin (DSM-III R için yapılandırılmış kişilik bozukluğu tarama testi) kullanıldığı bir

çalışmada bu hasta grubunda kişilik bozukluğu görülme sıklığının sağlıklı popülasyondan anlamlı biçimde yüksek olduğu ve özellikle kaçınan, narsisistik ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü gösterilmiştir (6). Kişilik bozukluklarının hemen tümünde öfkenin kontrolü yada dışa vurumuyla ilgili zorluklar olduğu bilinmektedir.

Çalışmalar genel olarak bu hastalarda kişilik bozukluklarının daha sık görüldüğünü, öfke ifade biçiminin önemli olduğunu ve aleksitiminin hastalığın önemli bir yanı olduğunu göstermektedir. Var olan çalışmalar hastalığın farklı evreleri yada ağrı şiddetine göre grupların oluşturulduğu çalışmalardır ancak halen hastalığın psikososyal faktörleriyle ilgili net bilgiler vermemektedir. Farklı çalışmalarda öfke, aleksitimi yada kişilik özellikleri incelenmiştir ancak bunların hangi düzeylerde etkileşiyor olabileceği araştırılmamıştır. Tüm bu çalışmalar çoğunluğu Avrupa ülkeleri ve Amerika olmak üzere, yurtdışı kaynaklı çalışmalardır. Ülkemizde MAS hastalarında kişilik bozukluklarının sıklığını, aleksitimi düzeylerini ve öfke ifade biçimlerini araştıran bir çalışma yoktur. Bu önemli bir eksiklik, çünkü her üç kavram da kültürel özelliklerden etkilenen kavramlardır.

Bu çalışmanın ana hipotezi bu hastalarda kişilik bozukluğu sıklığının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu ve MAS hastalarında kişilik bozukluğunu öngören en önemli parametrelerin öfke ve aleksitimi olduğudur.

Çalışmanın diğer amaçları bu hastaların sosyodemografik özelliklerini , kişilik bozukluğu sıklıklarını, öfke ifade tarzlarını, aleksitimi düzeylerini saptamak ve tüm bu sonuçlar doğrultusunda MAS grubunu öngören en önemli değişkenleri inceleyerek, çalışmanın evreni içinde MAS'ın psikojenik risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Bu sıklığın ve ilişkinin saptanması bu hastalığın etyopatogeniziyle ilgili literatüre katkıda bulunabilir ve psikoterapötik müdahalenin ana hatlarının çizilmesine yardımcı olabilir. Bu anlamda hastalığın kültürel özellikleri için ileriki çalışmalara veri sağlayabilir.

2. GENEL BİLGİLER

MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMU

2.1. Tanım

TME stomatognatik sistemin bir parçasıdır. Stomatognatik sistemi oluşturan yapılar şunlardır:

1. Kemikler: Kranium, mandibula, maksilla, hiyoid, klavikula, sternum, omuz kavşağı ve servikal vertebralar
2. Eklemler: TME, dentoalveolar eklemler
3. Kas ve yumuşak dokular: Tüm kraniyoservikal bölge
4. Nörovasküler yapılar
5. Dişler

TME hastalıkları eklemin kendisine ait patolojilerden oluşabileceği gibi, çiğneme kaslarına ait rahatsızlıardan kaynaklanabilir. TME bozuklukları şu şekilde sıralanabilir:

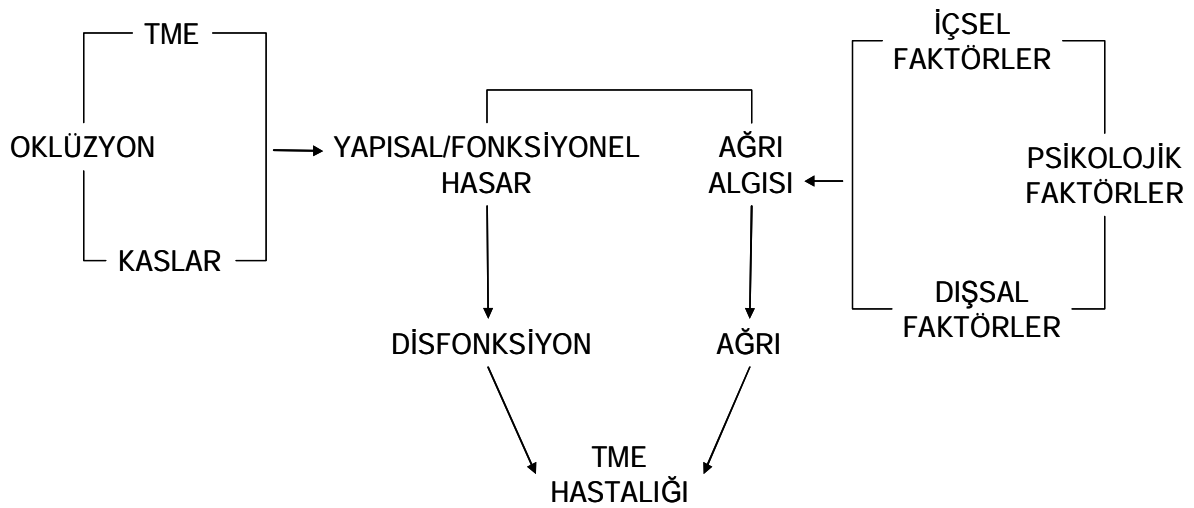
1. Musküler Hastalıklar
2. TME'in patolojileri
 - a) İnternal Derangement
 - b) Konjenital ve Gelişimsel Anomaliler
 - i. Kondiler agenezi
 - ii. Kondiler hipoplazi
 - iii. Kondiler hiperplazi
 - c) Travmatik Hastalıklar
 - d) Dislokasyon
 - e) Ankiloz
 - f) Artritler

- i. Romatoid artrit
- ii. Dejeneratif artritler
- iii. Travmatik artritler
- iv. Enfeksiyöz artritler
- v. Radyoartritis

g) Neoplaziler

MAS kaslarda ve/veya fasyalarda oluşan gergin bantlardaki tetik noktalardan kaynaklanan ağrı veya ağrıya eşlik eden kas spazmı, hassasiyet, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, tutukluk, yorgunluk ve bazen otonomik disfonksiyonlarla karakterize bir sendromdur. Temel olarak TME bölgesinde çiğneme kaslarının tutulumuyla seyrederek.

MAS, TME hastalıklarının önemli nedenlerinden biridir. Psikososyal bir hastalık olarak kabul edilmektedir. TME hastalıklarında etyolojik nedenlerin ilişkisi şekil 1'de gösterilmiştir (2,7,8).



Şekil 1. Temporomandibular eklem ağrısı ve disfonksiyonunun özellikleri

2.2. Epidemiyoloji

TME hastalıklarının sınıflandırılmasına yönelik fikir birliğinin olmamasından dolayı görülme sıklıklarıyla ilgili sonuçlar da farklılık göstermektedir. Normal popülasyonda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda %75 oranında eklem disfonksiyonuna ait en az bir bulgunun varlığı (hareket anormallikleri, eklem sesleri, palpasyonla hassasiyet gibi) ve %33 oranında en az bir şikayetin (yüz ya da eklem ağrısı gibi) bulunduğu gösterilmiştir. Vakaların %85'inde miyofasiyal ağrı bulunmaktadır (9). Fakat genel popülasyonun sadece %3.6 ile %7'sinin tedavi gerektirecek düzeyde TME hastalığına sahip olduğu saptanmıştır (2). Yine tanısal karmaşadan dolayı farklı sonuçlar olmakla birlikte, hastalığın başlangıç yaşı 18 ila 26 yıl arasında değişmekte ve hekime başvuru 20 ila 50 yaşları arasında olmaktadır (10).

Ağrı çalışmaları ise genel popülasyonun yaklaşık %10'unun çeşitli nedenlerden kaynaklanan kraniyomandibular ağrıdan yakındığını göstermektedir. Ancak bu orana diş ağrılarından trigeminal nevraljiye kadar çok değişik etyolojik faktörlerin dahil olduğu unutulmamalıdır. İstanbul'da 1253 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada çene bölgesinde ağrı oranı genel popülasyonun %31'inde saptanmıştır. Ağrı kadınlarda erkeklerden daha fazladır. TME hastalıklarının kadınlarda erkeklerden 3-6 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir. TME ağrısının prevalansı erkeklerde %0-10 arasında değişirken kadınlarda bu oran %2-18 arasındadır (11-14).

2.3. Tarihsel Gelişim

Geçmiş 200 yıl boyunca çok sayıda araştırmada hastalığın miyofasiyal tetik noktalardan köken alan yaygın bir hastalık olduğu vurgulanmıştır. Hastalık bugüne dek fibrozit, miyofasiit, kaslar romatizma, romatizmal miyozit, kas sertliği, miyojelozis, miyalji, miyofasiyal ağrı ve hatta fibromiyalji olarak adlandırılmıştır (15). Schwartz kas spazmının temporomandibler eklemden ağrı ve disfonksiyonu başlatan önemli bir neden olduğunu vurgulayan ilk araştırmacıdır. Strese yanıt olarak kas aktivitesinin arttığını, zaman içinde kaslarda güçsüzlüğün, spazmın ve ardından ağrının başladığını belirten sonraki araştırmacılar hastalığın başlaması ve sürmesinde psikososyal stres faktörlerinin önemini vurgulamışlardır (2). İlk kez Travell bu tabloyu miyofasiyal ağrı olarak

adlandırmıştır (16). Zaman içinde tüm dünyada MAS'ın etyolojisi ve tedavisiyle ilgili çalışmalara yer verilmiştir.

2.4. Etyopatogenez

2.4.1. Biyolojik Yaklaşım

MAS'ın etyolojisi tartışmalıdır ve tam olarak aydınlatılamamıştır. MAS'a neden olabilecek birçok faktör varsa da; kasa ani yüklenme ile oluşan akut incinme veya tekrarlayan mikro travmaların sebep olduğu kronik zedelenme başta olmak üzere, genetik etkenler, yorgunluk ve stres en önemli nedenler arasında sayılmaktadır (9).

Travmalara bağlı olarak hücrel hasar sonucu kalsiyum salınımı artar ve lokalize bir kas kontraksiyonu başlar. Böylece lokalize tetik nokta zonunda lokal iskemi meydana gelir. Kas, bu duruma şiddetli lokal vazokonstriksiyonla cevap verir. Bu lokal bir reaksiyon olabildiği gibi, tetik noktalardan merkezi sinir sistemine sempatik sistem yoluyla olan refleks bir cevap da olabilir. Bu durumda aljezik ve sensitizan maddeler (K, bradkinin, prostoglandin, histamin, seratonin, P maddesi ve lökotrienler) ortaya çıkar ve önceden spontan aktivitesi olmayan bir sinirin spontan olarak uyarı üretmesine ve tetik noktalarda ağrıya neden olur. Gelişen ağrıya karşı koruyucu spazm gelişerek olay aynı şekilde devam eder ve spazm-iskemi-ağrı döngüsü gelişir (17).

Etyolojik nedenlerden bir diğeri olan bruksizm, dişlerde fizyolojik olmayan sıkma ve gıcırdatma olarak tanımlanabilir. Bruksizm nedeniyle oluşan aşırı kuvvetler sonucunda dişlerde aşınmalar, kırıklar, periodontal destek kaybı, çiğneme kaslarında ciddi MAS hatta geri dönüşümsüz TME hasarı oluşabilir. Bruksizmin etyolojisi hala kesin olarak belirlenememiş ve bireylerin tümünde bruksizmden sorumlu tek bir faktör saptanamamıştır. Araştırmacılar dental, sistemik ve psikolojik faktörlerin bruksizmin gelişiminde rol oynadığını savunmakla birlikte hangisinin ne oranda etkili olduğunu açıklayamamaktadırlar. Ancak pek çok araştırmacı bruksizmin gerginlik ve strese bir yanıt olarak ortaya çıktığı konusunda fikir birliğindedirler (18).

2.4.2. Psikodinamik Yaklaşım

MAS birçok özelliğiyle psikosomatik bir hastalıktır. Hiçbir somatik hastalık psişik etkilerden tamamen korunmuş değildir. Psikosomatik kurama göre, psikosomatik hastalıkların zemininde psikoseksüel gelişme dönemlerinde saplanma nedeniyle yetişkinlikte yaşanan stres ile baş edememe durumlarında, saplanılan bu döneme regresyon söz konusudur.

Freud, bilinç dışı çatışmaların iradi sinir sistemine etkisini ortaya koymuştur. Bilinç dışı duygusal çatışmaların ve dürtülerin davranış üzerindeki etkisini ortaya koymuş ve bilinç dışı çatışmanın, organda nasıl sembolik bozulmaya (konversiyon) yol açtığını açıklamıştır. Sonraki kuramcılar çevreyle etkileşim ve kişilik tiplerinin önemini vurgulamışlardır. Freyberger, psikosomatik hastalık tanımlayanlarda, kendilik ve öz-saygının yetersiz olduğunu, obje kaybı ya da algısı karşısında narsisistik zedelenme yaşadıklarını, depresyondaki gibi terkedilmiş olma tepkisine başvurduklarını ve depresif durumun fiziksel bozukluğuna yol açtığını belirtmiştir. Bu hastalarda semptom-çatışma-kişilik arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Preenatal olgunlaşma yetersizliği zemininde böyle bir süreç tanımlanmaktadır. Alexander, semptomla simgesel bir anlam yükleyerek hastalıkları organ nevrozu olarak görmüştür. Bilinç dışı çatışmayı stres olarak yorumlayarak çatışma altında organizmada istemli sinir sistemi etkisi ile konversiyon ya da istem dışı sinir sistemi etkisi ile psikosomatik bozukluk olduğunu ve stres karşısında sempatik ya da parasempatik tepkilerin ortaya çıktığını belirtmiştir. Kişi herhangi ruhsal bir çatışmayla karşılaştığında stres, gerilim yaşar ve bu gerilim limbik sistemdeki duyu merkezini zorlar ve homeostatik dengeyi bozar. Gerek konversiyon gerekse organ nevrozlarında represyon önemli bir savunma mekanizması olarak kabul edilmiştir.

Emosyonel olarak engellenmenin fiziksel etkileri kolayca kas sistemine yansır. Patogen savunmalar, engellenmiş dürtülerin harekete geçmesini önlemeye çalışır; yani bazı hareketleri engeller. Hareketlerin bu inhibisyonu da, hareket alanındaki istemli kontrolün görece zayıflığını anlatır. İşte bu savunma çabası, istemli kas sisteminin fonksiyonel bozukluklarına yol açar.

İçgüdüsel çatışmalar kaslarda hipertonic bir anlatım bulabilir. Bu hipertoni ve gevşeyememe hali represyonu sürdürme çabasıdır. Bu anlatım hipotoni şeklinde de olabilir.

Özellikle psikojen distoni vakalarında ve onların tedavi süreçlerinde bu çatışmalar tespit edilmiştir. Bu vakalarda tutulan kasların kişi için sembolik anlamları vardır.

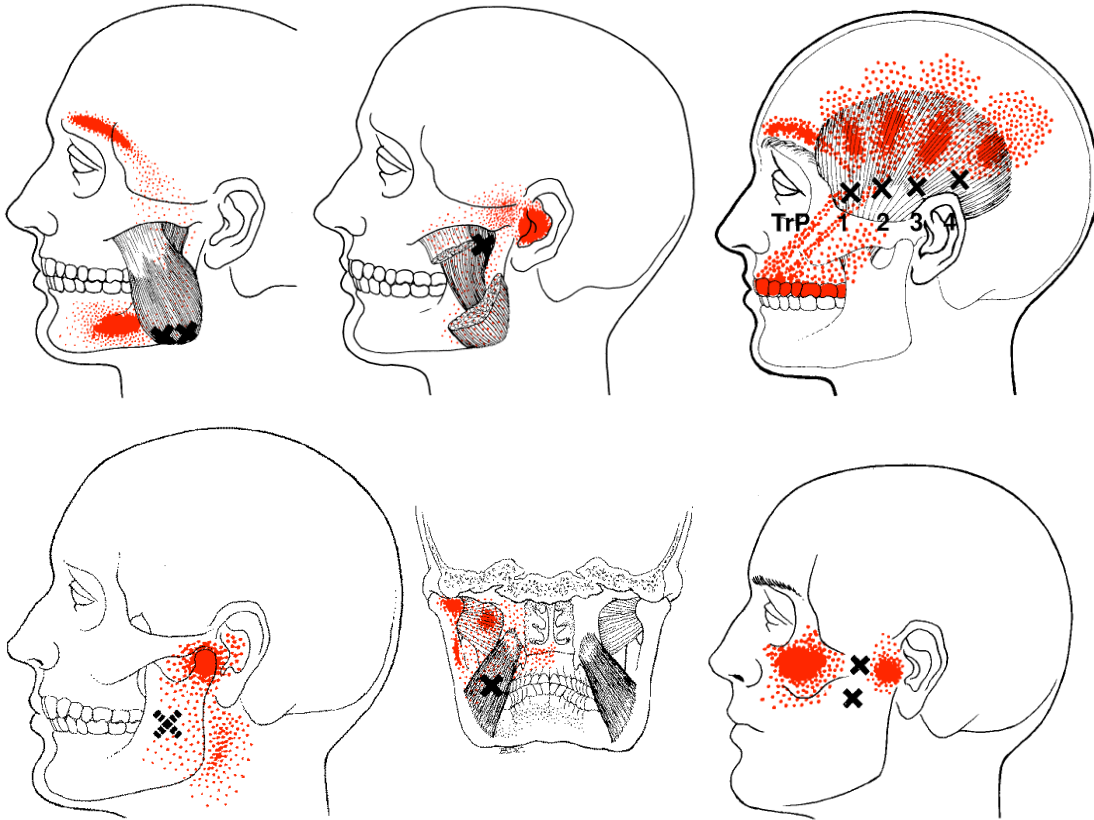
Özellikle istemli kaslarda meydana gelen kasılmalar bir anksiyete eşdeğeri olarak kabul edilir. Bunun dışında kin ve bastırılmış öfke de fiziksel olarak kas sistemiyle ilgili belirtilere yol açabilir (19,20). Lefer (1966) TME hastalıklarının psikanalitik görünüşü üzerine yazdığı makalesinde dental fenomenler ve bruksizmden bahsetmiştir. Rüyalarda dişin anlam olarak seperasyon ve fobilere karşılık gelmesi dışında, genitalleri de temsil ettiği düşünülmektedir. Diş sıkmak yüzde hostile bir ifadedir. Bruksizm bu anlamda gerginliği atmak için meydana gelmekte ancak TME kaslarında spazmlara yol açabilmektedir. Bruksizmin aşırı öfkenin yada nasıl dışa vurulacağı kestirilemeden öfkenin bir yansıması olabileceği düşünülmektedir. Bu durumda diş sıkma aslında öfkenin aşırı biçimde kontrolünün bir yansımasıdır (21).

MAS'nun en önemli semptomu olan ağrı, olumsuz bir uyarana karşı savunma tepkisidir. Freud ağrının bir konversiyon semptomu olduğunu ve hoşnutsuzluk yaratan duyguların ağrıya dönüştürüldüğünü ve sembolik bir anlam kazandığını ifade etmiştir. Sonraki araştırmacılar ağrının sosyal olarak kabul edilebilir bir agresyon biçimi olduğunu, suçluluk, pişmanlık ve düşmanlık duygularıyla bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir. Zaten ağrı kelimesi anlam olarak ceza anlamına gelen "poire" kelimesinden gelmektedir. Ağrı bilinç dışı bir güçlük veya çatışmadan sakınmaya dönük olabilir (birincil kazanç), belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı hasta rolüne eklenebilir (ikincil kazanç)(22).

2.5. Semptomatoloji

Miyofasiyal ağrı sendromunda hastaların başlıca yakınması tetik noktalardan kaynaklanan ağrıdır. Tetik nokta herhangi bir iskelet kasının gergin bantı içinde bulunan, kompresyonla ağrılı, palpasyon esnasında lokal seyirme yanıtı oluşturan yaklaşık 2-5 mm çapındaki fokal hassas noktalardır. Aktif tetik nokta klinik olarak ağrı ile karakterizedir, her zaman hassastır ve gergin bantla seyredir. Bu noktalar kasın uzamasını engelleyebilir ve kas gücü kaybına sebep olabilir. Latent tetik nokta ise palpasyonla lokalize ve yansıyan ağrıyla karakterize olup, günlük aktiviteler sırasında ağrıya neden olmaz ancak eklem hareket açıklığında kısıtlılık veya tutukluğa yol açabilir. Tetik nokta özelliği gereği yansıyan ağrı meydana getirir (23). Miyofasiyal ağrı sendromunda ağrı iyi lokalize edilemeyen, sancılı, kör, yayılan vasıftadır ve çenenin kullanılmasıyla birlikte akut olarak

ortaya çıkabilir. MAS ağrısı sabah fazladır ancak gün içinde mandibulanın kullanımı ile daha da artabilir. Şekil 2’de tutulan kasa göre ağrının yansıdığı bölge görülmektedir. Ağrı ile birlikte hareket kısıtlılığı, yorgunluk, parestezi, bulantı, baş dönmesi, depresif belirtiler ve anksiyete görülebilir.



Şekil 2. Farklı çiğneme kaslarının tutulumuyla yansıyan ağrının etkilediği bölgeler

Ağrının dışında hastalarda mandibular hareketlerde kısıtlanma, deviasyon, klik, çene dislokasyonu, fasyal asimetri, yutma güçlüğü, konuşma zorluğu, vertigo, tinnitus, işitme güçlüğü gibi yakınmalar oluşabilir. MAS bulgularına ek olarak tinnitus ve vertigo varlığına “Costen Sendromu” denir. Costen sendromundaki iç kulak semptomlarının nedeni glossofaringeal sinir, trigeminal sinir ve timpanik pleksus liflerinin etkilenmesidir.

MAS genellikle sadece yüzün bir yarısını tutar. Muayenede çiğneme kaslarının bir veya birkaçında veya tendonlarının yapışma yerlerinde hassasiyet saptanır. Genellikle hastalar baş ağrısından yakınsalar bile, sadece kas spazmı veya gerilim tipi baş ağrısı

sendromun direk veya indirek parçasıdır. Baş ağrısı genellikle temporal kas spazmı sonucu gerçekleşir. Diğer tip baş ağrılarıyla birliktelik koinsidentaldir. Aynı durum işitme azlığı, tinnitus, dilde yanma ve nöraljik ağrı şikayetleri için de geçerlidir.

Lateral pterigoid kas spazmı olduğunda, hastalar kulak ağrısından ve göz arkasında derin ağrıdan yakınabilirler. Masseter kas spazmı çene ağrısına, medial pterigoid kas spazmı yutma sırasında ağrıya yol açar (9,24).

MAS fonksiyonel bir bozukluk olarak başlamasına rağmen, sonuç olarak temporomandibular eklemden ve çiğneme kaslarında organik bozukluklara yol açabilir. Hatta hastalarda diş bozuklukları gelişebilir.

2.6. Tanı

Miyofasiyal ağrı sendromunun tanı kriterleri;

Majör Kriterler

1. Bölgesel ağrı şikayeti
2. Tetik noktalardan belirli bir alana yansıyan ağrı veya duysal değişiklik
3. Erişilebilen kaslarda palpabl gergin bant
4. Gergin bant boyunca bir noktada aşırı hassasiyet
5. Ölçülebilen hareket açıklığının azalması

Minör Kriterler

1. Tetik noktanın basınçlı palpasyonu ile klinik ağrı şikayeti ve/veya duysal değişikliğin ortaya çıkması

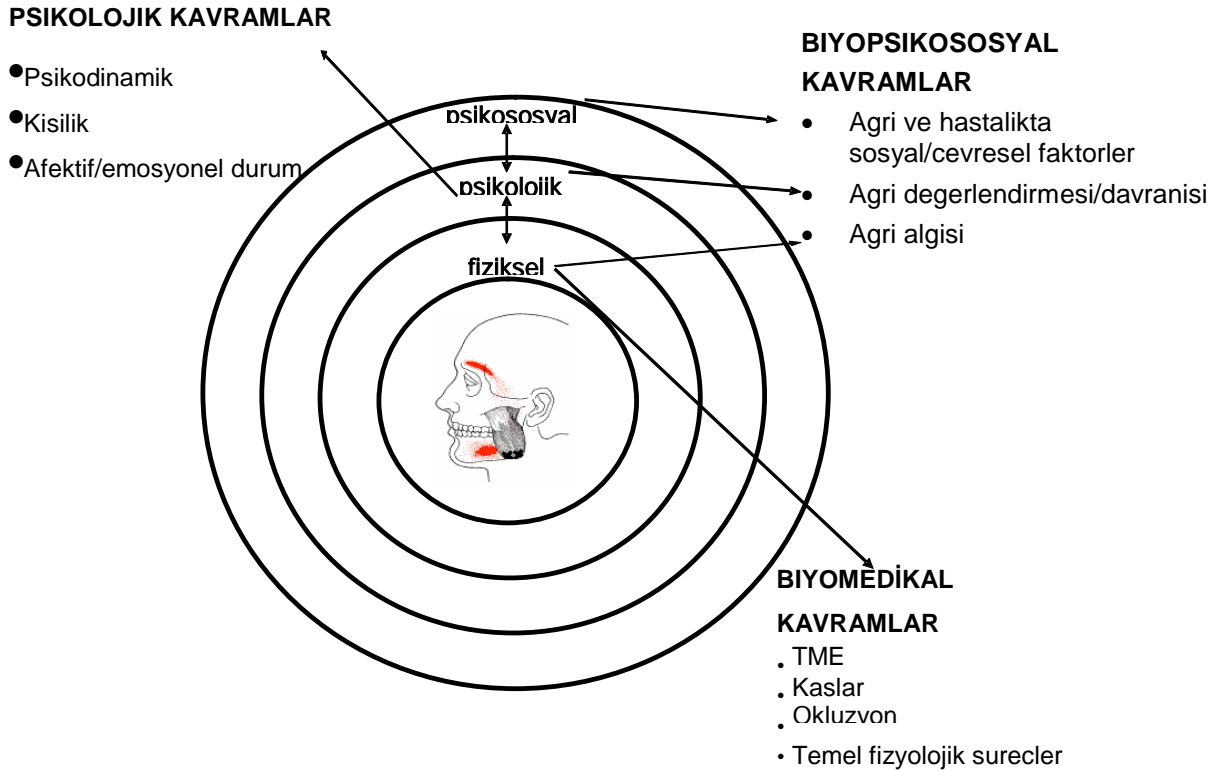
2. Gergin banttaki duyarlı noktanın palpasyon ve iğneleme ile lokal seyirme yanıtı

3. Duyarlı noktanın enjeksiyonu veya kasın gerilmesi ile ağrının azalması

Miyofasiyal ağrı sendromunun klinik tanısı için 5 majör ve en az 1 minör kriter gereklidir (17).

2.7. MAS İle İlgili Psikiyatrik Araştırmalar

MAS çeşitli eksenlerde psikolojik faktörlerle yakın ilişkide olan bir hastalıktır. TME hastalıklarının fiziksel, psikolojik ve psikososyal etkileşimi şekil 3'de şematize edilmiştir.



Şekil 3. Farklı eksenlerde TME hastalıklarının psikolojik faktörlerle etkileşimi

2.7.1. Stres, birinci eksen psikiyatrik tanılar

Çalışmalar MAS'ın stresle yakın ilişkisi olduğu bildirilmektedir (25,26). Özellikle eklem grubuyla karşılaştırıldığında, kas kökenli TME hastalıklarında stres hem hastalığın başlangıcında, hem gidişinde, hem de tedavinin etkinliğinde büyük önem taşımaktadır. Tedavi öncesinde bu parametlerin incelenmesinin, tedavi cevabı için önemli olabileceği düşünülmektedir (27).

Hastalıkta etkili olduğu düşünülen kas hiperaktivitesinin stresle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalardan travmatik yaşam olaylarını anımsamaları istenmiş

ve çene kaslarının elektromiyografik incelemesi yapılmıştır. Temporomandibular hastalığı olan hastaların yüz kaslarında kontrol grubuna göre daha çok elektromiyografik aktivite olduğu saptanmıştır (28,29). Ancak farklı stres oluşturma modellerinin kullanıldığı diğer çalışmalarda bu hastalarla kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır (30). Stresör olarak zihinsel aritmetik testlerin kullanıldığı bu çalışmalarda hastaların elektromiyografi kayıtlarında farklılık yokken, iki grup arasında respiratuar ve kardiyovasküler parametrelerinde anlamlı farklılık görülmüştür (31). Metodolojik farklılıktan kaynaklanan bu farklılığa rağmen bu bulgu, hastalığın stresle olan ilişkisine işaret etmesi nedeniyle önemlidir.

Orofasiyal ağrı sendromu olan hastalar daha çok stresli yaşam olayına maruz kalmışlardır. Kronik TME hastalığı olan 1221 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalarda majör travmatik stresörlerin prevalansı %49.8 olarak saptanmış ve bu stresörlerin ağrı şiddeti, afektif distres ve hastalığın neden olduğu kısıtlılıkla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (32) Orofasiyal ağrı sendromu olan hastaların %62'sinin istismar öyküsü olduğu saptanmıştır (33). Bir başka çalışmada TME hastalarının 6 aylık süre içinde kontrol grubuna göre daha fazla istenmeyen olumsuz yaşam olayına maruz kaldığı ve bu olayların vakaların yaklaşık %50'sinde TME hastalığının başlamasında rol oynadığı bildirilmiştir (34).

Bilindiği gibi uzun süre strese maruz kalma ve/veya çok sayıda stresli yaşam olayı kortizol düzeylerinde değişikliğe neden olur. İlk çalışmalar MAS hastalarında, artmış strese işaret eden idrar 17-hidroksisteroidlerin yüksek olduğunu göstermiştir (35). Düşük yada yüksek kortizol seviyeleri orofasiyal ağrı ve diğer kronik ağrılı durumların oluşmasına neden olabildiği ve bu durumun hastalarda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların gelişmesinde önemli olduğuna dair veriler bulunmaktadır (36, 37). Yakın tarihli bir çalışmada TME hastalığı olan kişilerin tükürüklerinden alınan örneklerde kortizol seviyelerinin kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksek olduğu ve bunun da özellikle depresyon ve somatizasyon bozukluğuyla ilişkili olduğu saptanmıştır (38).

TME hastalığının stresle ilişkili diğer hastalıklarla birlikte görülme sıklığı da yüksektir. Fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromu tanıları alan hastalarda yapılan bir çalışmada bu hastaların %42'sinde TME hastalığı, %46'sında irritabl barsak hastalığı öyküsü, %42' sinde premenstrüel sendrom olduğu gösterilmiştir (39). Özellikle MAS

grubunda psikososyal müdahalelerin ve relaksasyon tekniklerinin etkin olduğunu gösteren çalışmalar da hastalığın psikososyal bir hastalık olduğuna dair önemli bulgulardandır (40,41)

MAS birinci eksen psikiyatrik tanıları içinde en sık depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozukluklarıyla ilişkilidir. Semptom Tarama Listesi (SCL 90) kullanılarak yapılan bir çalışmada, TME hastalarında klinik olarak %39.3 orta yada ciddi düzeyde depresif bozukluk ve %54.7 orta-ciddi somatizasyon saptanmıştır. Somatizasyon sorularından ağrıyla ilgili sorular çıkarıldığında, orta/ciddi somatizasyon %47.9 gibi yüksek bir oranla görülmeye devam etmiştir. Hastaların 7 gruba ayrılarak değerlendirildiği bu çalışmada en yüksek somatizasyon ve depresyon puanları, MAS ve diğer eklem patolojilerinin bir arada olduğu grupta saptanmıştır. Bu grupta depresyon ve somatizasyon sadece disk patolojisi olan gruba göre de anlamlı biçimde yüksektir (42). SCL-90-R ile yapılan bir başka çalışmada TME hastalarında SCL-90-R global ciddiyet indeksi, paranoya, psikotizm ve hostilite alt puanlarının miyofasiyal ağrı grubunda daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada miyofasiyal ağrı grubunda Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçekleriyle saptanan anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğu gösterilmiştir ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (43). Farklı yüz ağrısı nedenleri olan 649 hastalık bir seride en yüksek depresyon skorlarının (%44.9) ile fasiyal ağrı bozukluğu grubunda saptanmıştır. Bu çalışmada MAS grubunda anksiyete puanlarının nöropatik ağrı ve TME bozukluğu olan gruptan daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının %97'sini yaygın anksiyete bozukluğu, %3'ünü panik bozukluğu ve agorafobi oluşturmuştur. Depresif bozuklukların %85'lik kısmı majör depresif bozuklukken, %15'i distimik bozukluktur (44).

Akut TME hastalığı olan hasta grubunda sırasıyla en sık anksiyete bozukluğu, afektif bozukluk ve madde kullanım bozuklukları görülürken; kronik grupta sırasıyla en sık afektif bozukluklar, somatizasyon bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları görülmektedir. Akut TME hastalığı olanların %80'inde, kronik TME hastalığı olarınsa %86'sında en az bir I. eksen tanısının TME hastalığı başlamadan önce olduğu gösterilmiştir (45). Akut çene ağrısı ile başvuran TME hastalarında sağlıklı popülasyonla karşılaştırılınca, SCID-I ile şimdiki yada yaşam boyu psikiyatrik hastalık tanısının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla %73.7, %26.20). Majör depresif bozukluk (

%45.9'a karşılık %6.7) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%23.3'e karşılık %3.10) sağlıklı popülasyondan anlamlı biçimde yüksektir (46).

Stresle ilişkisi olduğu bilinen hastalıkta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilgili çalışmalar, TSSB semptomlarının yüksek ağrı skorları ve afektif distresle anlamlı biçimde ilişkide olduğunu göstermektedir. Eşik altı semptomları olanlar da dahil edilince, orofasiyal ağrısı olan hastalarda TSSB sıklığı %32 olarak bulunmuştur (47). Miyofasiyal kökenli TME hastalığı olanlarda TSSB sıklığı %14.9 olarak saptanmıştır (48).

MAS hastalarının hafif-orta şiddette anksiyete yada depresyonu olan psikiyatrik hastalarla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; psikiyatrik grubun Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeğinde psişik anksiyete alt ölçeğinden, MAS grubunun ise somatik anksiyete alt ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir (49).

TMD hastalarında duygudurum bozukluklarının incelendiği kontrollü bir çalışmada çalışma grubu myofasiyal ağrı, temporomandibular eklem ağrısı ve her ikisi olmak üzere üçe, kontrol grubuysa ağrısız TME hastaları ve ağrısız TME hastalığı olmayanlar olarak ikiye ayrıldığında, TME hastalarında depresif semptomların varlığının ağrılı durumun olup olmaması ile ilişkili olduğu ve ağrının lokalizasyonu ile ilgisiz olduğu sonucu bildirilmiştir (50).

MAS ve atipik fasyal ağrı hastalarında visüel ağrı skalası (VAS) ile hastaların ağrı şiddetlerinin (5 kesim noktası kabul edilerek) düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldığı bir çalışmada, yüksek ağrı şiddeti bildiren hastalarda SCL-90 R ile daha yüksek oranda psikolojik içe kapanma, daha kötü psikolojik durum geri bildirim, somatizasyona eğilim saptanmıştır. Bu çalışmada ağrının yüksek şiddette olarak bildirilmesinin en güçlü prediktörü olarak düşük eğitim düzeyi saptanmıştır (51).

2.7.2. Aleksitimi

İlk olarak 1948 yılında Ruesch analitik terapiye aldığı psikosomatik hastalarda yaptığı gözlemlerde, bu hastaların diğer nevrotik hastalardan farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel yada sembolik olarak ifade edemediklerini belirtmiştir. Bu kişilerin duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolu bedensel tepkilerdir. Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu

özellikleri “çocuksu kişilik (infantil personality)” olarak kavramsallaştırmıştır. 1949 yılında Mac Lean bir makalesinde psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşip sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, otonom yollarla ifade edildiğini, yani organ diline çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulamıştır. Yani psikosomatiklerde yaşanan duygular hipotalamustan geçerek neokortekse ulaşamamakta, amigdalada takılıp kalmaktadır.

İlk defa Sifneos 1972 yılında bu türden duygusal sorunları anlatmak için aleksitimi kavramını kullanmıştır. Kelime anlamı olarak aleksitimi Yunanca’da *a= yok, lexis= söz, thymos=duygu* anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. En basit tanımıyla duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan aleksitimi klinik alanda ortaya çıkmış bir terimdir. Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyon çok önemli bir yer tutmasına rağmen, yapılan araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatik semptomlar arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanıtlanamamıştır. Aleksitimi başlangıçta ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla ortaya atılmışken zaman içinde aleksitiminin sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü fark edilmiştir. Başlarda somatizasyon bozukluğu için etyolojik bir önemi olduğu düşünülmekteyken günümüzde bunu söylemek çok mümkün değildir (52).

Aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel faktörlerin etkisi de önemli yer tutar. Aleksitimiklerin özellikleri, toplumsal yaşama yabancılaşma, sanki ayrı bir dünyadan gelmiş izlenimi verme, duygularını fark etme ve ifade etmekte zorluktur. Günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimselerdir. Ancak duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşarlar (53). Aleksitimik kişilik özellikleri belirtilerinin dört temel başlık altında toplanmaktadır:

- 1-Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü
- 2-Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık
- 3-Operasyonel düşünme biçimi
- 4-Dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (52)

Çalışmalarda sağ hemisfer hasarı olan kişilerin aleksitimik belirtiler gösterdiği, yine beynin sağ ve sol hemisferleri arasındaki corpus callosum disfonksiyonunun da aleksitimiye neden olduğu gösterilmiştir. Sağ hemisferin duyguları işleme ve

düzenlemede, dilin duygusal öğelerini tanıma ve ifade etmede önemli rol oynadığı ve buna bağlı olarak aleksitimik belirtilerin olduğu bulgularına ulaşmışlardır. Aleksitimi oluşumunda duyguların dışavurumunda önemli rolü olan frontal lobda meydana gelen sorunların da önemli yer tuttuğu bildirilmektedir (54).

Aleksitiminin üç önemli özelliği (duyguları ifade güçlüğü, düşlem eksikliği, içe vuruk düşünme eğilimi) ile sağlıklı ego savunmaları ve baş etme stilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ancak bazı araştırmacılara göre aleksitimi bir savunma mekanizması yada baş etme biçimi olmaktan çok, duygusal-bilişsel bir bozukluktur (55-58).

Aleksitimi kavramı batı felsefesinden etkilenmiş olan psikodinamik perspektiften köken almıştır. Bu kültür, özelliği gereği duyguların dışa vurulmasının olgun ve sağlıklı olduğunu savunmaktadır. Doğu kültürlerinde psikiyatrik hastalıkları ve duygu dışavurumlarını inceleyen araştırmacılar, doğu kültürlerinde duygunun sözel ifadesinin çok yaygın olmadığını saptamışlardır. Psikik distressin somatizasyon şeklinde yada entellektüalize edilmiş sözel anlatımları şeklinde ifade bulduğu görülmüştür (59). Bazı toplumlarda somatizasyon sosyal desteği sağlaması veya koruması nedeniyle de ayrı bir önem taşır. Ülkemizde yürütülen çok sayıda çalışmada hastaların çok sayıda somatik yakınmasını strese bağladığı ancak çözümünün psikiyatri dışı nedenlerle sağlanabileceğini düşündükleri görülmüştür. Birçok psikosomatik belirti için özel dil kullanan bölgeler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarında ülkemiz somatik hastalıklar açısından üst sıralarda bulunmaktadır (60).

Loas, aleksitiminin genel popülasyonda görülme sıklığının %23, öğrenci grubunda ise %17 olduğu sonucuna ulaşmışlardır (61). Kokkonen ve ark, 5993 kişilik örneklem grubunda yürüttükleri çalışmada erkeklerin %9.4'ünün, kızların ise %5.2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği gözlemlenmiştir (62). Ülkemizde sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmada Irvine ve Toronto Aleksitimi Ölçekleri kullanılmıştır. Her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı %5.6 olarak bulunurken; Toronto Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı % 16.7, Irvine Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranıysa % 3.4 olarak bulunmuştur (63).

Özellikle psikosomatik hastalıklar ve aleksitimi arasında ilişkinin araştırıldığı çok sayıda çalışma vardır ve bunlar bir ilişkinin varlığını göstermekte ancak bu ilişkinin nedensel olduğunu göstermekte yetersiz kalmaktadır. Aleksitiminin bir kişilik özelliği

olduğunu bildiren görüşlerin yanı sıra, aleksitiminin bir durum (state) yada özellik (trait) olabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır (64). Bu tanımları netleştirmek üzere Freyberger (1971) birincil ve ikincil aleksitimi tanımlamalarını yapmıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda bedensel bozuklukların ortaya çıkmasına yatkınlık sağlayan uzun süreli olan kişilik özelliği olarak tanımlanırken, ikincil aleksitimi ise ağır stres altında çalışan, üzücü bir olay sonucunda travma yaşayan bireylerde ortaya çıkan, geçici ve kalıcı olabilen bir çeşit savunmadır (65).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikosomatik hastalıklarda %22 oranında aleksitimi saptanmıştır (66). Bir diğer çalışmada bedensel belirtilerle çeşitli kliniklere başvuran ancak organik bir patoloji saptanamayan hastalarda aleksitimi %64.2 oranında bulunmuş ve bunun en çok anksiyete, depresyon ve düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir ancak bu çalışmada sağlıklı kontrol grubu kullanılmamıştır (67). Gürkan aleksitiminin psikiyatrik, psikosomatik ve normal kişilerde görülme sıklığı ve bunun bazı sosyo-demografik özelliklerle ve depresyonla ilişkisini araştırmıştır. Toplam 234 deneğin katıldığı araştırma sonucunda, aleksitimiye en sık psikiyatrik grupta (% 67.9) rastlandığı ve bunu psikosomatik (% 57.7) ve kontrol grubunun (% 38.5) izlediği, depresyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (68).

Kronik ağrısı olan hastalarda aleksitimi oranı %30-53 arasında değişmektedir (69). Aleksitiminin ağrıyla ilişkisi karmaşıktır. Bazı çalışmalarda laboratuvar ortamında akut ağrıyla aleksitiminin ilişkisi olduğuna işaret ederken (70), kronik ağrıda aleksitimiye inceleyen diğer çalışmalarda ağrı şiddetiyle aleksitimi arasında korelasyon olmadığı gösterilmiştir (71-73)

Kronik miyofasiyal ağrısı olan 80 hastanın öz-etkinlik (kişinin ağrısını ve işlevselliğini, günlük yaşam aktiviteleri içinde kontrol edebilme inancı), felaketleştirme, depresyon ve aleksitimi açısından incelendiği bir çalışmada aleksitiminin en çok depresyon, felaketleştirme ve düşük öz-etkinlikle ilişkili olduğu bulunmuştur. TAS-20 ile değerlendirilen hastalarda kesim noktasına göre aleksitimi oranı %32.5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada aleksitimi, ağrının afektif komponenti (ağrının yorumlanma biçimi) ve fiziksel kısıtlılıkla yakından ilişkililikten; regresyon analiziyle öz etkinlik ve felaketleştirme kontrol altına alındığında, aleksitiminin afektif ağrıyla olan ilişkisinin bağımsız biçimde istatistiksel olarak anlamlılığının sürdüğü ve bunda depresyonun sorumlu olduğu

görülmüştür. Bu, ağrının emosyonlarla ilişkisini gösteren çok sayıda veriyle uyumlu bir sonuçtur (69).

Bir başka çalışmada MAS, ağrısız TME hastalığı olanlar (disk çıkması grubu) ve sağlıklı kontrol grubunda ağrıyla aleksitiminin ilişkisi incenmiştir. Global aleksitimi puanları açısından 3 grup arasında anlamlı bir fark saptanmayan bu çalışmada, TAS-20 alt puanlarında farklılık bulunmuştur. MAS grubundaki hastaların duygularını tanımlamakta daha çok zorluk çektiği saptanmıştır ancak bunun depresif duygudurumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. MAS grubunda depresif duygudurum kontrol altına alındığında, global aleksitimi puanları ve eksternal düşünme biçiminin pozitif korelasyonu olduğu da saptanmıştır (74).

Finlandiya'da Kuzey Finlandiya Kohort Doğum Çalışmasının bir parçası olarak 4893 kişiye TME, oro-lingual ve dental ağrı şikayetleriyle ilgili anket yoluyla bilgi toplanarak yapılan çalışmada ağrısı olan kişilerin aleksitimi düzeylerinin semptomu olmayanlara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmada hastalık tanıları kişilerin bildirimleri sonucu konduğundan, konu hakkında sadece bir ön bilgi verebilmektedir (75).

2.7.3. Kişilik

Kişilik, kişinin günlük yaşamdaki karakteristik duygusal ve davranışsal özelliklerinin tümü olarak tanımlanır. Bir başka deyişle, çok çeşitli toplumsal ve kişisel ortamlarda sergilenen, bireyin kendisini ve çevresini algılaması, ilişki kurma biçimi ve düşünceleri ile ilgili süre giden bir örüntüdür.

Kişilik bozukluğu, insanların çoğunda bulunan özelliklerin ötesinde karakter özelliklerinin bir varyantıdır. Kişilik özellikleri maladaptifse, esneklikten yoksunsa, işlevsel bozukluğa ve öznel rahatsızlığa yol açıyorsa kişilik bozukluğundan söz edilir. Bu kişiler sorunlarını reddederler ve psikiyatrik yardım aramazlar. Belirtiler benlikle uyumludur (egosintonik). Çevre ile çatışırlar ve çevreyi kendilerine uydurmaya çalışırlar (alloplastik uyum). Sergiledikleri tutum ve davranışlardan dolayı anksiyete duymazlar. Özelliği gereği katıdır ve değiştirilmesi zordur.

Kişilik bozukluklarının toplumdaki yaygınlığı %9-14.3 dolayındadır (76). Genellikle kişilik bozukluğu ilk bulgusunu geç ergenlik ya da erken erişkinlikte gösterir.

Bütün kişilik bozuklukları gözönüne alındığında kadın ve erkek cinsiyetler eşit olarak etkilenir.

Kişilik Bozukluklarının DSM-4'e göre sınıflaması:

2.7.3.1. A Kümesi (garip, eksanrik küme)

Paranoid kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Başlıca özelliği başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme örüntüsüdür. Genel toplumda yaygınlığı %0.5-2.5 arasındadır.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme.

1. Yeterli bir temele dayanmadan başkalarının kendisini sömürdüğünden, aldattığından veya kendine zarar verdiğiinden kuşkulandır.

2. Dostlarının veya iş arkadaşlarının kendine olan bağlılığı veya güvenilirliği üzerine yersiz kuşkuları vardır.

3. Söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz korkuları olduğundan başkalarına sır vermek istemez.

4. Sıradan sözlerden, olaylardan aşağılandığı veya kendisine gözdağı verildiği şeklinde anlamlar çıkarır.

5. Sürekli kin besler.

6. Karakterine ve itibarına saldırıldığı yargısını taşır ve öfke ve karşı saldırıda bulunur.

7. Haksız yere eşinin sadakatsizliği ile ilgili kuşkulara kapılır.

B. Şizofreninin, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun veya başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Şizoid kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Başlıca özelliği sürekli toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalarıyla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlı kalma örüntüsüdür. Kesin yaygınlığı bilinmemektedir. Erkeklerde daha fazladır.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, sürekli toplumsal ilişkilerden kopma ve duyguların anlatımında kısıtlı olma örüntüsü,

1. Ailenin bir parçası değilmiş gibi davranır; yakın ilişkiye girmez ve yakın ilişkilerden zevk almaz.

2. Çoğunlukla tek bir etkinlikte bulunmayı tercih eder.

3. Cinsel deneyim yaşamaya karşı oldukça ilgisizdir.

4. Çok az etkinlikten zevk alır.

5. Yakın arkadaşı ve sırdaşı yoktur.

6. Övgü ve eleştirilere karşı ilgisiz kalır.

7. Duygusal soğukluk, kopukluk veya tekdüze bir duygulanım gösterir.

B. Şizofreninin, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun veya başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Şizotipal kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Başlıca özelliği yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde azalma ile belirli, toplumsal ve kişilerarası yetersizliklerin yanısıra bilişsel ya da algısal çarpıklıkların ve alışlagelenin dışında davranışların olduğu yaygın bir örüntünün olmasıdır. Toplumda yaygınlığı %3 dolayındadır.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, bilişsel veya algısal çarpıklıkların ve alışılmışın dışında davranışların yanı sıra yakın ilişkilerde rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde yetersizlikle kendini gösteren, toplumsal ve kişilerarası yetersizliklerin olduğu sürekli bir örüntüdür.

1. Referans fikirleri.
2. Davranışı etkileyen, kültürü ile uyumlu olmayan acayip inanışlar, büyüsel düşünceler.
3. Olağandışı algısal yaşantılar, bedensel yanılsamalar.
4. Acayip düşünüş ve konuşma biçimi.
5. Kuşkuculuk ya da paranoid düşünce.
6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.
7. Acayip, kendine özgü davranış veya görünüm.
8. Yakın arkadaş ve sırdaşların olmaması.
9. Azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, paranoid korkular.

B. Şizofreninin, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun veya başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.7.3.2. B Kümesi (Uyumsuz, dengesiz, tutarsız küme)

Antisosyal kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Başlıca özelliği başkalarının haklarını saymama, başkalarının haklarına saldırma ile giden yaygın bir örüntü olmasıdır. Bu tanı 18 yaşından önce konmaz (18 yaşından önce davranım bozukluğu tanısı kullanılır). Toplumda yaygınlığı, erkeklerde %3, kadınlarda %1 dolayındadır.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama, başkalarının haklarına saldırma örüntüsü.

1. Tutuklanması için zemin hazırlayan tekrarlayıcı eylemlerde bulunma, yasalara ve toplumsal kurallara ayak uyduramama.

2. Sürekli yalan söyleme, takma isim kullanma, kişisel çıkar ve zevki için başkalarını atlatma.

3. Dürtüsellik ve gelecek için tasarılar yapamama.

4. Yineleyen kavgalar veya saldırılarla belirli sınırlılık ve saldırganlık.

5. Kendi ve başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık

6. Bir işi sürekli götürememe, mali yükümlülüklerini yerine getirememeye ile belirli sürekli sorumsuzluk.

7. Başkalarına zarar verme, kötü davranma veya bir şey çalma durumuna karşı ilgisizlik veya bunlara kendine göre mantıklı açıklamalar getirme, vicdan azabı çekmeme.

B. Kişi en az 18 yaşındadır.

C. 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğunun kanıtları vardır.

D. Antisosyal davranış sadece şizofreni veya manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmayabilir.

Borderline kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Kişilerarası ilişkilerde benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü vardır. Yaygınlığı %2 civarındadır. Büyük çoğunluğunda 40'lı yaşlarda stabilite meydana gelir.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden beşinin olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntüdür.

1. Gerçek veya hayali bir terkedilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme.

2. Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelme, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması.

3. Kimlik karmaşası: belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı veya kimlik duyumu.

4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik.

5. Yineleyen özkıymıla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar.

6. Duygudurumda belirgin tepkiselliğe bağlı instabilite.

7. Kendini sürekli boşlukta hissetme.

8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol edememe.

9. Stresle ilişkili geçici paranoid düşünce veya ağır dissosiyatif semptomlar.

Histrionik kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Hemen her alanda aşırı duygusallık ve ilgilenilme arayışı vardır. Görece olarak kadınlarda daha sık gözlenir. Yaygınlığı %2-3 olarak bilinmektedir.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az beşinin olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, aşırı duygusallık ve ilgilenilme arayışı gösteren sürekli bir örüntü.

1. İlgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olur.

2. Başkalarıyla iletişimi çoğu zaman uygunsuz bir şekilde cinsel yönden ayartıcı davranışlarla belirlidir.

3. Hızlı değişen ve yüzeysel kalan duygular sergiler.

4. İlgiyi çekmek için fiziksel görünümünü kullanır.

5. Aşırı düzeyde başkalarını etkilemeye yönelik ve ayrıntıdan yoksun bir konuşma biçimi vardır.

6. Gösteriş yapar, yapmacık davranır ve duygularını aşırı bir abartı ile gösterir.

7. Telkine yatkındır, kolay etkilenir.

8. İlişkilerin olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünür.

Narsisistik kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Üstünlük duygusu, beğenilme gereksinimi ve empati yapamama temel özellikleridir. Benlik saygıları kolay zedelenebilir. Yaygınlığı %2-6 olarak bilinmektedir. Bu tanıyı alanların %50-75'i erkektir.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az beşinin olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, üstünlük duygusu, beğenilme gereksinimi ve empati yapamamanın olduğu sürekli bir örüntüdür.

1. Kendisinin çok önemli olduğu duygusunu taşır.
2. Sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik veya kusursuz sevgi düşlemleri üzerine kafa yorar.
3. Özel ve eşi bulunmaz birisi olduğuna ve ancak başka özel veya toplumsal durumu üstün kişilerin kendisini anlayabileceğine ya da ancak onlarla arkadaşlık edebileceğine inanır.
4. Çok beğenilmek ister.
5. Hak kazandığı duygusu vardır.
6. Kişilerarası ilişkileri kendi çıkarı için kullanır, amaçlarına ulaşmak için başkalarının zayıf taraflarını kullanır.
7. Empati yapamaz.
8. Çoğu zaman başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığını sanır.
9. küstah, kendini beğenmiş davranış ve tutumlar sergiler.

2.7.3.3. C Kümesi (anksiyöz küme)

Çekingen kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli örüntüdür. Yaygınlığı %0.5-1

arasındadır. Cinsiyetler arasında eşit oranda görülür. Başkaları tarafından “utangaç”, “ürkek”, “yalnız” ve “kendi halinde” kişiler olarak tanımlanırlar.

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntüdür.

1. Eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusuyla kişiler arası ilişki gerektiren mesleki etkinliklerden kaçınır.

2. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemez.

3. Mahcup düşeceği, alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterir.

4. Toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar.

5. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir.

6. Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak görür.

7. Mahcup düşebileceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez.

Bağımlı kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Uysal ve yapışkan davranışa ve ayrılma korkusuna yol açacak biçimde, aşırı bir düzeyde kendisine bakılma gereksiniminin olduğu sürekli bir örüntüdür. Gerçek yaygınlığı bilinmiyor.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, uysal ve yapışkan davranışa ve ayrılma korkusuna yol açacak biçimde kendisine bakılma gereksiniminin aşırı olmasıyla giden sürekli bir örüntü.

1. Başkalarından bol miktarda öğüt ve destek almazsa gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker.

2. Yaşamının çoğu alanında sorumluluk almak için başkalarına gereksinim duyar.

3. Desteğini yitireceği ya da kabul görmeyeceği korkusuyla başkaları ile aynı görüşü paylaşmadığını söylemekte zorluk çeker.

4. Tasarıları başlatma, kendi başına iş yapma zorluğu vardır.

5. Başkalarının bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar aşırıya gider.

6. Kendine bakamayacağına ilişkin aşırı korku nedeniyle tek başına kaldığında kendisini rahatsız veya çaresiz hisseder.

7. Yakın bir ilişki sonlandığında bir bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka bir ilişki arayışı içine girer.

8. Kendi kendine bakma durumunda bırakılacağı üzerine gerçekçi olmayan bir biçimde kafa yorar.

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu

Genel özellikleri: Düzenlilik, mükemmelliyetçilik ve kontrol koyma üzerine aşırı kafa yormanın olduğu sürekli olduğu bir örüntüdür. “tip A” kişilik; hostilite, rekabetçilik, zamana karşı yarışmak gibi özellikleri ile örtüşür. %1 oranında ve daha çok erkeklerde görülür.

DSM-IV'e göre Tanı:

A. Aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına düzenlilik, mükemmelliyetçilik, zihinsel ve kişilerarası kontrol koyma üzerine aşırı kafa yormanın olduğu sürekli bir örüntü.

1. Asıl amacı unutturacak şekilde ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralama, organize etme ya da program yapma ile uğraşıp durur.

2. İşin bitmesini zorlaştıran mükemmelliyetçilik gösterir.

3. Etkinlik ve arkadaşlarından yoksun kalacak şekilde kendini içe adar.

4. Ahlak, doğruluk, değerler gibi konularda esneklik göstermez.

5. Özel bir değeri olmasa bile eski, değersiz şeyleri elden çıkaramaz.

6. Görev dağılımı yapmak ve başkaları ile birlikte çalışmak istemez.

7. Para harcama konusunda hem kendisine, hem de başkalarına karşı cimri davranır.

8. Katı ve inatçıdır.

2.7.3.4. Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu

Özgül bir kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan örüntüdür. Örnekleri arasında depresif kişilik bozukluğu, pasif-agresif kişilik bozukluğu sayılabilir (77).

TME hastalarında yapılan ve psikopatolojinin araştırıldığı çalışmaların bir kısmı da bu hastaların kişilik özellikleri ve kişilik bozukluğu sıklıklarını saptamaya odaklanmıştır. II. eksende psikiyatrik bozuklukları araştıran çalışma sayısı oldukça az olmakla beraber, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanılarak yürütülen çalışmalar çoğunluğu oluşturmaktadır. Başarıyla tedavi edilmiş 42 MAS hastasıyla tedavi edilmemiş 42 MAS hastasının karşılaştırıldığı çalışmada her iki grupta hastaların toplam puanlarının genel popülasyondan yüksek olduğu ve histeri ve hipokondriyazis alt ölçeklerinden yüksek puan aldıkları gösterilmiştir. Represyon ve somatizasyonun histeri ve hipokondriyaziste temel savunmalar olduğu ve bu sonuçların anlamlı olduğu ifade edilmiştir (5). Ağrısı, kas gerginliği yada eklem açıklığında kısıtlılığı olan 322 TME hastasının dahil edildiği çalışmada disfonksiyonel baş etme mekanizmaları olan yada kişiler arası problemleri olan hastaların, uygun baş etme mekanizmaları olan hastalara göre MMPI profillerinde daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir. Bu yükselme özellikle konversiyon puanlarında olmuştur (78). MAS hastalarının hafif-orta şiddette anksiyete yada depresyonu olan psikiyatrik hastalarla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; MAS hastalarının MMPI'da hipokondriyazis, histeri ve depresyon ölçeklerinden sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir. Eversole ve arkadaşlarının (1985) çalışmasında da MAS hastalarında hipokondriyazis, histeri ve depresyon puanları yüksek bulunmuştur (79,80).

MMPI dışında kullanılan Eynescck Kişilik Sorgusunda nevroitiklik ve içedönüklük puanlarının ve revize edilmiş NEO Kişilik Envanterinde nevroitiklik ve depresyon puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (81,82). TME hastalıklarında psikolojik değişkenler olarak distres, kişilik (NEO Kişilik Envanteri), baş etmenin analiz edildiği kontrollü bir çalışmada musküler, artriküler ve kontrol olarak 3 grup oluşturulmuştur.

Musküler grubun kontrol grubuna göre daha yüksek distres, anksiyete, depresyon düzeylerine sahip oldukları bulunmuş ve baş etme yöntemi olarak mizahı ve pozitif tekrar yorumlamayı çok az kullandıkları saptanmıştır. Kişilik prediktörleri değerlendirildiğinde ise kas grubunda nörotisizm, depresyon; artriküler gruptaysa öz-disiplin, dürüstlük ön plana çıkmıştır (83).

Ülkemizde Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada bu hastaların 'yenilik arama' mizaç boyutunun TME hastalarıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu boyutta alınan yüksek puanlar kolay heyecanlanma, hızlı karar verme, çabuk öfkelenme, düzensiz ve sistemsiz olma eğilimini ve zayıf dürtü kontrolüne işaret eder. Kişi engellendiğinde yoğun öfke yaşar, çabuk vazgeçer; bu da kişiler arası ilişkilerde problemlere ve tutarsızlığa yol açar. Çalışmalar 'yenilik arama' mizaç boyutundaki yüksek puanların B kümesi kişilik bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada kişilik bozukluğu varlığına işaret eden bir bulgu olan düşük karakter puanları da bu hastalarda bulunmuştur (84).

51 akut, 50 kronik TME hastasının SCID-II kullanılarak yapılan II. eksen taramalarında akut grupta sırasıyla en sık paranoid kişilik bozukluğu (%15.7), histriyonik kişilik bozukluğu (%7.8), kaçınan kişilik bozukluğu (%5.9), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%5.9); kronik gruptaysa paranoid kişilik bozukluğu (%18), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%10), borderline kişilik bozukluğu (%10), histriyonik kişilik bozukluğu (%8) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada her iki grupta da paranoid kişilik bozukluğunun daha sık görülmesi ve kronik gruptaki hastalarda kişilik bozukluklarının daha sık olması dikkat çekicidir (45).

TME hastalığının kronikleşmesinde yüksek ve düşük riskleri (ağrı şiddeti ve miyofasiyal ağrının olup olmamasına göre yapılan sınıflama) olan hastaların çeşitli psikolojik parametreler açısından karşılaştırıldığı bir başka çalışmada düşük riskli grupta kişilik bozukluğu %27.3 olarak bulunurken, yüksek riskli grupta bu oranın %59.6 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada yüksek riskli grupta A kümesi kişilik bozukluğu %11.5 , B kümesi kişilik bozukluğu %11.5, C kümesi kişilik bozukluğu %56.9 olarak saptanmıştır. Düşük riskli gruptaki oranlar ise her üç kümede daha düşüktür. Yüksek riskli grupta OKKB sıklığı diğer gruptan anlamlı biçimde yüksektir (85).

Akut çene ağrısı ve akut bel ağrısı hastaları ikinci eksen tanıları açısından incelendiği bir çalışmada, akut çene ağrısı hastalarının verileri, geniş popülasyonda

yapılmış toplum verileriyle karşılaştırılmıştır. Buna göre akut çene ağrısı hastalarında kişilik bozukluğu tanısı alma oranı %56.4 olarak saptanmıştır ve bu, sağlıklı popülasyondan anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre C kümesi kişilik bozuklukları en sık görülen kişilik bozukluğu kümesiyken, tüm grupta en yüksek oranda saptanan kişilik bozukluğu OKKB (%60.9) olmuştur. Bunu kaçınan (%21.1) ve paranoid (%9) kişilik bozuklukları izlemiştir. Bu çalışmanın sonucunda yüksek kişilik bozukluğu oranlarının hastalığın dışavurumunu etkileyebileceği, tedavide bu faktörlerin ele alınması gerektiğini vurgulanmıştır (46).

2.7.4. Öfke

Öfke hafif bir irritasyondan nefret ve şiddete kadar değişebilen boyutlarda görülebilen; emosyonel, davranışsal, fiziksel ve bilişsel komponentleri olan bir duygulanımdır. Algılanan ve yaşanan öfke karşısında bireyler uyarıcının türüne ve sahip oldukları bilişsel yapılarına göre çeşitli tepkiler ortaya koyarlar. Bazı bireyler içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sistemin etkisiyle öfkelerini bastırma veya içine atma ya da kontrol etme yoluna giderlerken, bazıları da bunu adaptif yada maladaptif şekillerde ortaya koymaya veya öfkelerini dışa vurmaya çalışırlar. İç öfke öfkenin bastırılma eğilimini gösterirken, dış öfke fiziksel yada sözel biçimde öfkenin açıkça gösterilmesi eğilimini yansıtır (86).

Öfkenin somatizasyonla, özellikle de ağrıyla olan ilişkisi bilinmektedir. Özellikle öfkenin bastırılması somatik semptomların gelişiminde önemlidir (87). Ancak yakın tarihli bir çalışmada majör depresyonu ve somatizasyon bozukluğu olan hastalarda öfkeyle çeşitli organ sistemlerindeki semptomların ilişkisi incelendiğinde, depresif gruptaki hastaların öfke dışa-vurumlarının daha yüksek olduğu ve bunun özellikle nöromusküler sistem, kardiyorespiratuar sistem ve gastrointestinal sistem semptomlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada gerek depresyon, gerekse somatoform bozukluk grubunda bastırılmış öfkenin bu semptomlarla ilişkisi gösterilememiştir (88).

Çalışmalar göstermektedir ki; kronik ağrıda öfkenin kendisinden çok, ifade edilme biçimi önemlidir. Araştırmacılar öfke ve ağrı çalışmalarında bireysel özelliklere yönelerek öfke, hostilite, agresyon ve öfkenin yönetim biçimine odaklanmışlardır. Bu anlamda yapılan ilk çalışmalarda ağrı hastalarının diğer tıbbi problemlere sahip ağrısız kişilere göre öfkelerini daha az dışa vurdukları ortaya çıkarılmıştır. Benzer biçimde kronik ağrılı

hastalarla sağlıklı kontrol grupları karşılaştırılınca, ağrısı olan hastaların öfkelerini daha çok inhibe ettikleri saptanmıştır. Öfke inhibisyonunun emosyonel stres kadar, ağrı şiddeti ve abartılı ağrı davranışıyla ilişkili olduğu da bildirilmiştir (89). Öfkenin inkarı da kronik ağrı hastalarında sık görülmektedir. Fakat öfkenin farkındalığıyla öfke dışı vurumu birbirine karıştırılmamalıdır. Kronik ağrı hastalarının toplum içinde hoş karşılanmayan ve kişiler arası problemlere yol açabilen duyguları dışı vurma konusunda belirgin tereddütleri olduğu gözlenmiştir. Bu kişiler öfkelerinin farkındalardır ancak dışarı vurmamayı seçmektedirler (90). Öte yandan bazı hastalarsa öfkelerini tanımamaktadırlar ki bu noktada aleksitimi kavramı devreye girmektedir. Çalışmalara genel olarak bakılırsa, kronik ağrı grubunda öfke kontrolünün ve iç öfkenin yüksek olduğuna, öfkenin bedensel belirtiler şeklinde ifade bulduğunu göstermektedir. Endojen opioid disfonksiyonunun da ağrının kronikleşmesinde rol aldığı düşünülmektedir (91,92). Öfke ifade biçimiyle ağrının psikofizyolojik boyutu arasındaki ilişki güncel bir çalışma alanıdır. Çalışmalarda dış öfke kronik ağrılı hastalarda stresle gelişen kas reaktivitesiyle ilişkili bulunmuştur. Bir başka çalışmada dış öfkenin akut ağrı cevabıyla ilişkisi gösterilmiş ve bunun noradrenerjik sistemle ilgili olabileceği belirtilmiştir. Bu etkileşim iç öfkeyle ilişkilendirilmemiş ve iç ve dış öfkenin farklı mekanizmalarla ağrıya etki ettiği düşünülmüştür. İç öfkenin ağrının afektif komponentiyle daha çok etkileşiyor olabileceği düşünülmektedir (93).

Aurasız migreni olan hastalarla sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada migren hastalarında öfke kontrolünün sağlıklı kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksek olduğu (aşırı kontrol), daha depresif oldukları, kaçınan kişilik özellikleri gösterdikleri saptanmış ve bunun ağrıyla baş etmede yetersiz kalmalarına yol açtığı belirtilmiştir (94).

Ağrılı hasta grubunda ağrı ve öfke arasındaki ilişkiyi anlamada öfkenin yöneldiği hedefin de önemli olabileceği ifade edilmektedir. Ağrısı olan bir kişinin öfkesinin yöneldiği bazı hedefler vardır (ör. patron, sigorta kurumu, sağlık çalışanları gibi). Bu anlamda yapılan bir çalışmada kronik ağrısı olan hastaların %70'i öfkeli olduklarını, bunların %74'ü kendilerine %62'si sağlık çalışanlarına öfkeli olduklarını bildirmişlerdir. Kendine öfke duymanın ağrı ve depresyonla, genel olarak öfkeninse kısıtılılığın algılanmasıyla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Yöntem

Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyazon Bilim Dalının liyezon hizmeti verdiği, İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Çene Polikliniğinde 2008 senesinde görülen ve MAS tanısı konulan tüm hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-60 yaş arasında olmak, en az ilkokul mezunu olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, uygulanan testleri cevaplayabilecek durumda olmaktır. Disk problemi, artriti, artrozu olan hastalar, ölçekleri doldurması mümkün olmayan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya bu kriterleri karşılayan toplam 65 MAS hastası katıldı.

Yaş, eğitim yılı ve cinsiyeti eşleştirilmiş 40 ağrı problemi olmayan kişi, hastane çalışanları ve hasta refakatçileri arasından seçildi.

Değerlendirmeler ortalama 1.5 saatlik seanslarda gerçekleştirildi. Çalışma için hastalardan ve sağlıklı gönüllülerden aydınlatılmış onamları alındı. Çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulunca onaylandı.

3.1.2. Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik/Klinik Veri Formu

Hastanın yaş, eğitim düzeyi, meslek bilgileri, medeni durumlarından başka, çalışma ortamları, hastalıklarının stresle ilişkileri ve olası stresörlerin sorgulandığı bir form hazırlandı. Formun örneği Formlar bölümünde yer almaktadır.

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ):

SÖÖTÖ Spielberger tarafından geliştirilmiştir sürekli öfke ve öfkenin ifade biçimini değerlendiren bir ölçektir. Orijinal adı 'The State-Trait Anger Scale' olan bu ölçeğin Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması Özer tarafından yapılmıştır.

Ölçek sürekli öfke, öfke-içte, öfke-dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen cümlelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir ve zaman kısıtlaması yoktur.

Ölçeğin puanlaması şu şekilde yapılmaktadır: Ölçekten her bir alt test için 6 toplam puan elde edilir. Ölçekteki ilk 10 madde, sürekli öfke alt ölçeğinin maddeleridir. Öfke tarz ölçeğinin öfke içte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerin toplanmasıyla; öfke dışa alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no'lu maddelerin toplanmasıyla; öfke kontrol alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplanmasıyla elde edilir.

Sürekli öfke bölümünden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; öfke-dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve öfke-içte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (86,96).

Ölçeğin örneği Formlar bölümünde yer almaktadır.

Toronto Aleksitimi Skalası (TAS)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiye değerlendirilen ölçektir. 26 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 11'in üzerindeki puanlar aleksitimiye işaret etmektedir. Bu ölçek, Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin dilimize çevirisi ve güvenilirlik ve geçerlik çalışması Dereboy tarafından yapılmıştır. Türkçe TAS'ın iç güvenilirlik katsayısı .65 ve test tekrar test güvenilirliği .70 olarak belirtilmektedir. Ölçeğin puanlanması şu şekilde yapılmaktadır: Ölçek ve puanlaması Formlar bölümünde verilmiştir (97,98).

SCID-II

120 sorudan ve davranım bozukluğu ek bölümünden oluşan DSM-III-R'a göre yapılandırılmış kişilik bozukluğu tarama testidir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Sorias ve arkadaşları tarafından 1990 senesinde yapılmıştır. Soru formunda yer alan 120 soruya kişinin evey yada hayır şeklinde cevap vermesi istenir. Sonrasında bu

cevaplar üzerinden eşik altı özellikler yada var olan özellikleri saptamak için kılavuz eşliğinde görüşme yapılır (99,100).

3.1.3. İstatistik değerlendirme

Değerlendirmelerde SPSS v.11.5 istatistik programı kullanıldı. Örneklem sayısının yeterli ve dağılımlarının normal olması nedeni ile tüm karşılaştırmalarda parametrik testler uygulandı. Temel istatistiksel değerlendirmelerde oransal veriler için ki-kare, sayısal veriler için Student's t testi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Lojistik regresyon analizlerinde modellere alınan değişkenlerin uygunluğu Hosmer-Lemeshow testi; tüm kovaryantların regresyon modelinde öngörebilme gücüne katkısı omnibus testi; bağımlı değişkenleri öngörebilme gücü ve istatistiksel önemi ise B değeri, Odds oranı ve % 95 güven aralığı ile değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmayı 65 MAS hastasıyla 40 sağlıklı kontrol tamamladı. MAS hastalarının 55'i kadın (%84.6), 10'u erkek (%15.4) ve yaş ortalamaları 33.8 (SD=11.5) yılı. Kontrol grubundaki hastaların 30'u kadın (%75), 10'u erkekti (%25) ve yaş ortalamaları 31.1 (SD=8.3) yılı. İki grubun yaş, cinsiyet dağılımı, eğitimleri, medeni durumları, meslek dağılımları, ekonomik durumları ve geçmiş psikiyatrik öyküleri arasında fark bulunmadı.

Tablo 1. Sosyodemografik Veriler-I

Sosyodemografik veri	MAS (N=65)		Kontrol (N=40)		P değeri	t/ χ^2 değeri
	Ortalama± (SD)		Ortalama± (SD)			
Yaş	33.8 yıl	(11.5)	31.1 yıl	(8.3)	.162	t= 1.41
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	55	84.6	30	75	.223	$\chi^2= 1.48$
Erkek	10	15.4	10	25		
Eğitim						
İlkokul	21	32.3	13	32.5	.999	$\chi^2=0.24$
Ortaokul	6	9.2	4	10		
Lise	30	46.2	18	45		
Üniversite	8	12.3	5	12		
Medeni durum						
Evli	40	61.5	29	72.5	.213	$\chi^2=1.550$
Bekar	24	36.9	11	27.5		
Boşanmış	1	1.5	0	0		
Meslek						
Ev hanımı	34	52.3	21	52.5	.640	$\chi^2=3.39$
Memur	9	13.8	7	17.5		
İşçi	3	4.6	3	7.5		
Serbest	5	7.7	5	12.5		
Öğrenci	9	13.8	3	7.5		
Emekli	5	7.7	1	2.5		

Çalıştıkları ortamı değerlendirmelerinin istendiği soruyu MAS grubunun %46.2'si bu ortamı rahat, %53.8'i gergin olarak sınıflandırırken; kontrol grubunun %67.5'i bu ortamı rahat, %32.5'i gergin bulunduğunu ifade etti. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4.547$, $p=.033$). Her iki grubun bir problem yaşadığında aldığı desteği değerlendirmesi istenince MAS grubunun %49.2'si destek sistemlerinin yeterli olduğunu belirtirken %50.8'i bu desteği yetersiz buldu. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %72.5 ve %27.5'ti. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=5.507$, $p=.019$). Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik veriler-II

Sosyodemografik veri	MAS (N=65)		Kontrol (N=40)		P değeri	t/ χ^2 değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Ekonomik durum						
İyi	14	12.3	3	7.5	.127	$\chi^2=4.12$
Normal	43	66.2	29	72.5		
Kötü	8	12.3	8	20		
Çalışma ortamı*						
Rahat	30	46.2	27	67.5	.033	$\chi^2=4.547$
Gergin	35	53.8	13	32.5		
Destek sistemleri*						
Yeterli	32	49.2	29	72.5	.019	$\chi^2=5.507$
Yetersiz	33	50.8	11	27.5		
Geçmişte psikiyatrik tedavi						
Var	15	23.1	9	22.5	.945	$\chi^2=0.005$
Yok	50	76.9	31	77.5		

* $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.2. MAS Grubunun Özellikleri

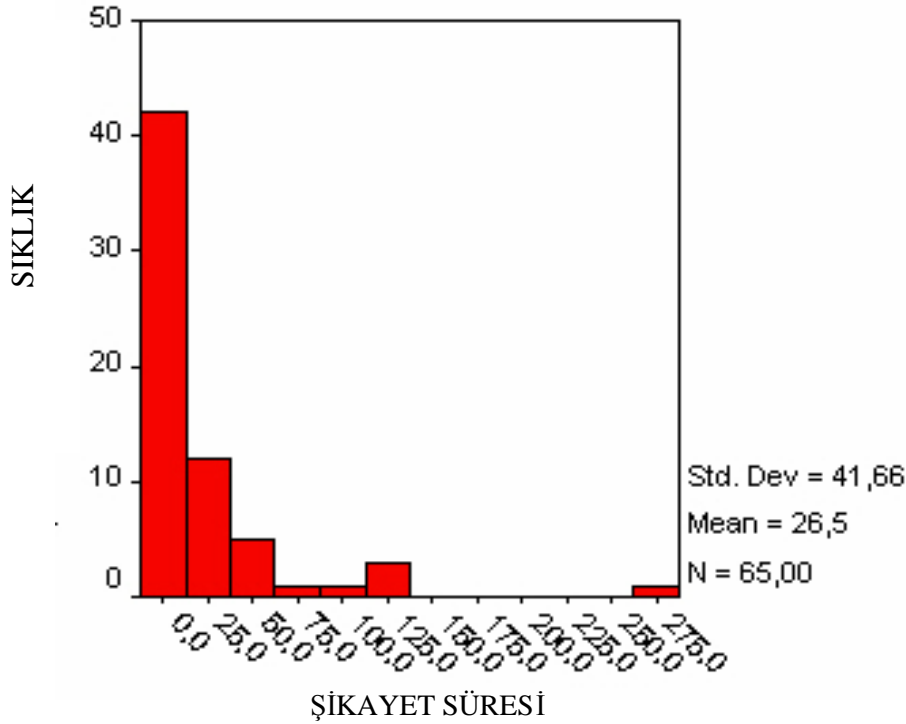
MAS grubundaki hastaların %35.4'ü ek tıbbi hastalığa sahipken, %64.6'sında MAS dışında bir hastalık mevcut değildi. Stresin hastalıklarının başlamasında bir etken olup olmadığı sorulduğunda hastaların %76.9'u stresin etkili olmuş olabileceğini belirtirken, %23.1'i hastalıklarının başlamasıyla stresin ilişkisi olmadığını ifade etmiştir. Çeşitli stresörler sıralanıp, hastalıklarını stresle ilişkilendirenlere bunlardan hangisi/hangilerinin hastalıklarının başlamasında etkili olduğu sorulduğunda, Tablo 3'te özetlendiği gibi en sık kişiler arası problemlerin başlatan neden olarak düşünüldüğü görüldü.

Tablo 3. Stres faktörleri

Kişiler arası problemler	%48
İşle ilgili problemler	%16
Evlilik/ilişki problemleri	%12
Ekonomik problemler	%12
Sevilen birinin kaybı	%12
Okul problemleri	%8
Diğer	%12

Hastaların şikayet süreleri ay olarak değerlendirildiğinde normal dağılım göstermediği düşünüldü. Bu nedenle Lilliferos testi uygulandı ve asimetric dağılım saptandı ($p < .001$) (Şekil 2). Bu nedenle hastalık süresinin ortanca değeri hesaplandı ve 12 ay olduğu saptandı.

6 ay sınır olarak kabul edilerek hastalar akut ve kronik olarak ayrıldığında %29.2'sinin akut dönemde, %70.8'inin kronik dönemde ilk başvurularını yaptıkları görüldü.



Şekil 4. Ay olarak hesaplanan şikayet süresinin grup içindeki asimetrik dağılımı

VAS değerlerinin ortalaması 5.92 (SD=1.88) olarak belirlendi. VAS puanı 5 ve altında olanlar 'düşük şiddette', 5'in üzerinde olanlar 'yüksek şiddette' olarak sınıflandırıldığında hastaların %55.4'ü ağrılarının şiddetli olduğunu, % 44.6'sı ise şiddetinin düşük olduğunu ifade etmiştir.

4.3. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Her iki grubun SÖÖTÖ alt puanları ve TAS puanları ve iki grup arasındaki ilişki tablo 4'te gösterilmiştir. Öfke dışı puanları dışındaki SÖÖTÖ'nün tüm alt ölçek puanları iki grup arasında farklılık göstermiştir. Yine TAS puanları arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Tablo 4. SÖÖTÖ ve TAS puanları

	MAS (N=65)		Kontrol (N=40)		p değeri	t değeri
	Ortalama	± (SD)	Ortalama	± (SD)		
Öfke						
Sürekli öfke*	25.29	5.70	21.87	4.98	.002	3.12
Öfke-içte*	20.24	5.93	17.97	3.67	.007	2.42
Öfke-dışa	17.30	5.24	17.42	3.20	.887	-.14
Öfke kontrol*	19.78	4.94	22.97	4.30	.001	-3.37
TAS*	11.83	3.72	7.32	4.39	.000	5.612

p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

TAS puanları kesme noktası dikkate alınarak 11 üstü puan alan ve almayan hastalar değerlendirildiğinde MAS grubunda hastaların %56.9'unun 11'in üzerinde puan aldıkları, yani aleksitimik oldukları, %43.1'inin ise 11 ve altı puan aldıkları yani aleksitimik olmadıkları görülmüştür. Aynı değerler kontrol grubunda sırasıyla %15 ve %85 olarak saptanmıştır. İki grup kesme puanına göre aleksitimik olmak açısından incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($\chi^2=17.99$, $p=.000$).

İkinci eksen tanıları açısından bakıldığında MAS grubundan hastaların %66.2'sinin SCID-II ile bir veya birden çok ikinci eksen tanısı aldığı, %33.8'inin ise herhangi bir tanı almadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki kişilerden %12.5'i bir yada birden çok kişilik bozukluğu tanısı alırken, %87.5'inde herhangi bir ikinci eksen tanısı saptanmamıştır. İki grup arasında tanı alma açısından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=28.72$, $p=.000$). Kişilik bozuklukları A kümesi (paranoid, şizoid, şizotipal), B kümesi (antisosyal, narsistik, borderline, histriyonik) ve C kümesi (obsesif kompulsif, kaçınan, bağımlı) olarak sınıflandırıldığında iki grup arasında B ve C kümesi kişilik bozukluklarının görülme sıklıkları açısından anlamlı fark olduğu saptandı (sırasıyla B ve C kümeleri için $\chi^2=5.24$, $p=0.022$ ve $\chi^2=15.83$, $p=.000$). II. Eksen tanılarının dağılımı tablo 5'te sunulmuştur.

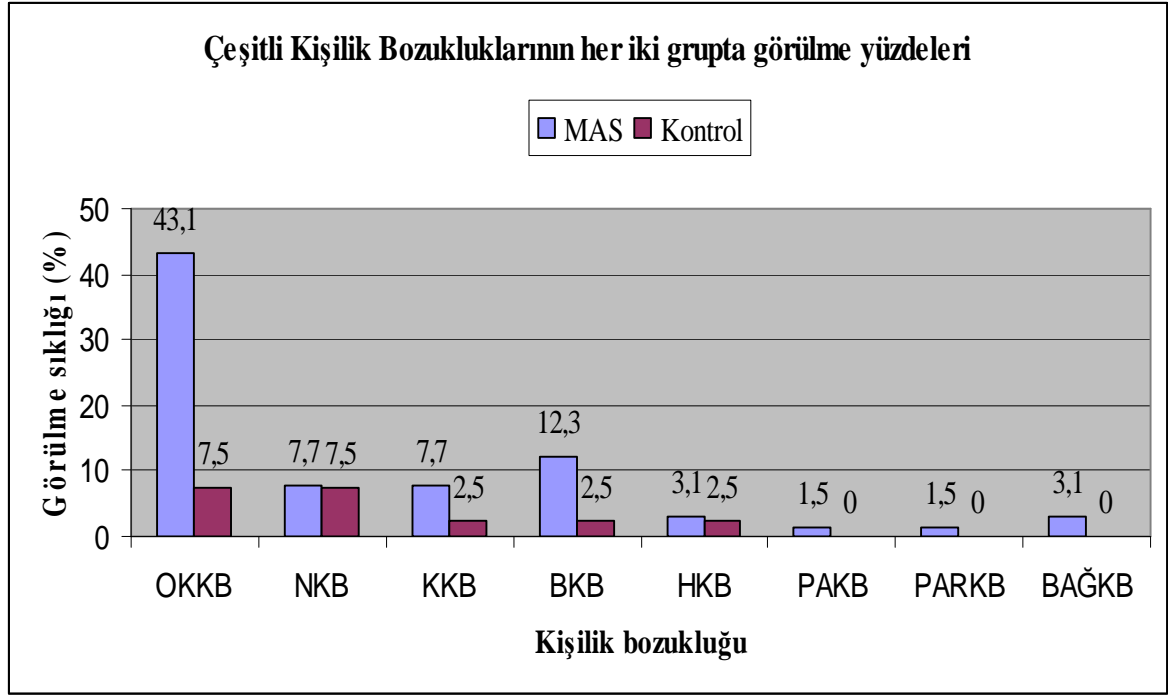
Tablo 5. II. Eksen tanıları ve kümelere göre oranları

	MAS† (N=65)		Kontrol† (N=40)		p değeri	χ^2 değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
II. Eksen tanıları*	43	66.2	5	12.5	.000	28.72
A Kümesi	2	3.1	0	0	.163	1.94
B Kümesi*	14	21.5	2	5	.022	5.24
C Kümesi*	31	47.7	4	10	.000	15.83

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

†Yüzdeler tüm vakalar üzerinden değerlendirilmenin sonucunda elde edilmiştir.

Kişilik bozukluklarının MAS ve kontrol gruplarında görülme yüzdeleri şekil 2’de verilmiştir. Buna göre her iki grupta da OKKB en sık görülen kişilik bozukluğudur. İki grup arasında sadece OKKB görülme sıklığı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=15.063$, p=.000). İki grupta görülen kişilik bozukluklarının dağılımları şekil 5’te, bunların iki grup arasındaki karşılaştırmaları tablo 6’ da gösterilmiştir.



Şekil 5. MAS ve kontrol gruplarında kişilik bozukluklarının, gruplardaki toplam sayıya göre görülme yüzdeleri

Tablo 6. Kişilik bozukluklarının iki grup arasında karşılaştırılması

II. Eksen tanıları	MAS† (N=65)		Kontrol† (N=40)		p değeri	χ^2 değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
OKKB*	28	43.1	3	7.5	.000	15.063
NKB	5	7.7	1	2.5	.238	1.390
KKB	5	7.7	1	2.5	.238	1.390
BKB	8	12.3	1	2.5	.166	1.917
HKB	2	3.1	1	2.5	.862	0.03
PAKB	1	1.5	0	0	.326	.965
PARKB	1	1.5	0	0	.326	0.965
BAĞKB	2	3.1	0	0	.163	1.942

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

†Yüzdeler tüm vakalar üzerinden değerlendirilmesinin sonucunda elde edilmiştir.

Sadece MAS grubunda SCID-II'den tanı alanlar (N=43) ve tanı almayanlar (N=22) öfke alt puanları ve TAS puanı açısından değerlendirildiğinde sürekli öfke ($z=-2.801$, $p=0.005$) ve öfke-içte puanları ($z=-5.055$, $p=0.000$) tanı alanlar ve almayanlar arasında anlamlı farklılık gösterdi. Dış öfke ($z=-0.453$, $p=0.651$), öfke kontrol ($z=-1.267$, $p=0.205$) ve TAS ($z=-0.948$, $p=0.343$) puanları açısından anlamlı fark saptanmadı.

Yine değerlendirmeye sadece MAS grubu alınıp, MAS grubunda SCID-II ile tanı almayı yordayan değişkenlere lojistik regresyon analiziyle bakıldı. Sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı, öfke kontrol puanları, TAS puanı, VAS puanı ve hastanın akut yada kronik oluşu bağımsız değişkenler olarak alındı. Testin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testiyle gösterilmiştir ($p>0.05$). Buna göre sadece iç öfke puanının MAS grubunda II. Eksen tanısı almayı predikte ettiği görülmüştür. Sonuçlar tablo 9'da gösterilmiştir. Modele alınan 65 MAS hastasının 43'ü bir yada birden fazla ikinci eksen tanısı alıyordu. Modelin tanı alan grubu tahmin etme oranı %86.2'dir.

Tablo 7. MAS grubunda kişilik bozukluğu tanısı almanın öngörücüsü olarak iç öfke

Bağımsız değişken	Katsayı	S.H	Wald	df	p değeri	Odds oranı
Öfke-içte	.356	.090	15.782	1	.000	1.428

S.H: Standart hata

MAS grubunda olmanın öngörücülerini saptamak için lojistik regresyon analizi yapıldı. Modele iki grup arasında istatistiksel farklılık gösteren çalışma ortamı, destek sistemlerinin yeterliliği, sürekli öfke, öfke içte, öfke kontrol puanları, TAS puanı ve SCID-II tanısının varlığı ile, farklılık göstermeyen dış öfke puanı dahil edildi. Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testiyle incelenmiş ve uygunluğu gösterilmiştir ($p>0.05$). İleriye doğru değişken seçim yöntemiyle (forward stepwise [Wald]) gerçekleştirilen lojistik regresyon analizinde, bu değişkenler içinde öfke kontrolü puanı, TAS puanı ve II. Eksen tanısına sahip olmanın MAS için öngörücü olduğu saptandı. Parametre tahminleri, standart hataları, Wald istatistikleri, serbestlik dereceleri, odds oranları ve güven sınırlarına ait bilgiler tablo 8'de gösterilmiştir. Modele alınan 65 MAS hastasının 57'si model tarafından doğru biçimde tahmin edilmiştir. Model, 40 kişilik

kontrol grubunun 28'ini doğru biçimde tahmin edebilmiştir. Başarıyla tahmin oranı tüm grupta %81'dir.

Tablo 8. MAS grubunun öngörücüleri olarak öfke kontrolü, TAS puanı ve SCID-II tanısının varlığı

Bağımsız değişken	Katsayı	S.H	Wald	df	p değeri	Odds oranı
Öfke kontrol	-.207	.070	8.731	1	.003	.813
TAS	.139	.069	4.011	1	.045	1.149
SCID-II'den tanı alma durumu	2.539	.702	13.099	1	.000	12.669

S.H: Standart hata

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik veriler

Çalışmanın sonuçlarına göre vakaların %84.6'sı kadın, %15.4'ü erkekti. TME hastalıklarında MAS özelinde epidemiyolojik veriler net olmamakla birlikte genel olarak hastalığın kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. 3-6 kat arasında değişen bu fark kadınların daha çok tedavi arayışında olmalarıyla, hormonal ve ergonomik nedenlerle açıklanmıştır. Akut TME hastalarıyla yapılan bir çalışmada MAS grubunda tedavi arayışını cinsiyet, ağrı şiddeti ve psikososyal stresin predikte ettiği gösterilmiştir (78). Ayrıca erkeklerde kas-iskelet sistemiyle ilgili ağrıların daha çok sırt bölgesinde, kadınlardaysa boyun, kol ve omuz bölgesinde olduğu da bildirilmiştir (101). Yine oral kontraseptif kullanan yada hormon replasman tedavisi gören kadınlarda hastalığın sıklığının artması, hastalığın kadınlarda daha görülmesinin bir diğer açıklayıcısı olabilir (102).

Vakaların yaş ortalaması 33.8 yıldır (SD=11.5). Vakalarımıza şikayetlerinin başlangıç süresi ay olarak sorulduğunda, büyük kısmının kronik hasta olduğu görüldü. Semptomların başlangıç süresinin ortanca değeri 12 aydır. Bu veri, hastalığın başlangıç yaşının 18-26, hekime başvuru yaşının 20-50 yıl arasında olduğunu bildiren literatürle uyumlu bulundu (103).

Hastaların %46.2'si lise mezunu, %52.3'ü ev hanımı ve %61.5'i evliydi. Literatürde TME hastalarının eğitim düzeyleri, meslekleri ve medeni durumlarını araştıran bir epidemiyolojik çalışmaya rastlamadı. Ancak bu parametrelerin özellikle ülkemiz koşullarında, psikososyal risk faktörleri açısından önemli olabileceği düşünülebilir. Çalışma ortamlarını rahat ve gergin olarak değerlendirmeleri istendiğinde hastaların %53.8'i gergin olduğunu ifade etti. Kontrol grubundaysa bu oran %32.5'ti. İki grup arasında anlamlı farklılık saptandı. MAS grubuyla kontrol grubu destek sistemlerini yeterli görme konusunda da istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu. MAS grubundaki hastaların buldukları ortamı daha gergin, destek sistemlerini ise daha yetersiz olarak algılamaları çok sayıda dış faktörle ilişkili olabileceği gibi, bu kişilerin frustrasyon toleranslarının düşük olması yada kişilik özellikleriyle ilgili olabilir.

Hastaların %76.9'u hastalıklarının stress nedeniyle başlamış olabileceğini düşünüyordu. En sık kişiler arası ilişkiler alanında problem yaşadıkları görüldü. Literatürde

TME ağrısının başlamasında emosyonel stresin çeşitli parafonksiyonel davranışlara yol açarak, prediktör olduğu bildirilmiştir (104). Stres yaratan yaşam olaylarının ağrı şiddeti ve depresyon, anksiyete düzeyleri ve tedavi sonuçlarına etkisini inceleyen bir çalışmada MAS olan hasta grubu kas dışı TME hastalıkları olan grupla karşılaştırıldığında, kişiler arası problemlerden kaynaklanan sosyal etkileşim sorunlarının MAS grubunda anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (27). Kişilik bozuklukları kişiler arası problemlere neden olabilir. MAS grubundaki yüksek kişilik bozukluğu oranları bu sonuca neden olmuş olabilir.

5.2. Ölçekler

MAS grubunun öfke puanları incelendiğinde sürekli öfke, iç öfke puanlarının ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek, dış öfke ve öfke kontrolü puanlarının ise daha düşük olduğu ve bu farkın dış öfke puanı ortalaması dışında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Literatürde MAS hastalarının öfke ifade biçimlerinin incelendiği kontrollü bir çalışmaya rastlanmadı. MAS hastalarıyla yürütülen, hastaların ağrı şiddetlerine göre iki gruba ayrıldığı bir çalışmada öfke ifade biçimleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ancak bu çalışmada sağlıklı kontrol grubu yoktur (51). Bu özelliğiyle çalışmamızdaki bu sonuç ilktir.

Öfkenin ifade edilme biçimi ağrıda önemlidir. Özellikle kronik ağrı hastalarında öfkenin inkarı veya farkındalığı hastalık semptomları, ağrı şiddeti, tedavi cevabında büyük etkiye sahiptir. Yüksek iç ve dış öfke puanları akut ağrıda cevapla, kronik ağrıdaysa hissedilen ağrı şiddetiyle ilişkili bulunmuştur (105). Özellikle kronik ağrılı hastalarda iç öfke puanlarının yüksek olduğu, ağrının bu yoğun öfkenin dışa vurulamamasından kaynaklandığı bildirilmektedir (92,95). Kronik ağrıda sürekli öfkenin de, ağrının algılanmasını anlamlı biçimde etkilediğini saptamışlardır (106). Ülkemizde fibromiyalji hastaları üzerinde yapılmış bir çalışmada iç öfke puanlarının fibromiyalji hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (108). Bu çalışmalar ışığında çalışmamızda iç öfke, öfke kontrolü ve sürekli öfke puanlarının kontrol grubundan anlamlı fark göstermesi literatürle uyumludur. Ancak bu etkileşimin hastalığı hangi aşamada etkilediğini bu çalışmayla anlamak mümkün değildir. Bu, ileriki çalışmalarda araştırılacak bir konu olabilir.

TAS puanları MAS grubunda kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksekti. Kesme puanına göre gruplandırıldığında, MAS grubunda aleksitimik hasta oranı % 56.9, kontrol grubundaysa

% 15 olarak saptanmıştır. Kontrolsüz bir çalışmada kronik MAS hastalarının % 32.5'inin aleksitimik olduğu gösterilmiştir (69). Hastaların MAS, ağrısız TME hastaları olarak ayrıldığı ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir başka çalışmada üç grup arasında aleksitimi puanları açısından fark saptanmamıştır (74). Aleksitiminin ağrı ve diğer psikosomatik hastalıklarla ilişkisi çok çalışılmış bir konudur.

Ülkemizde bedensel belirtilerle çeşitli kliniklere başvuran ancak organik bir patoloji saptanamayan hastalarda aleksitimi %64.2 oranında bulunmuştur ancak bu çalışmada kontrol grubuna yer verilmemiştir (67). Yine ülkemizde fibromiyalji hastalarında yapılan çalışmalarda fibromiyalji grubunun sağlıklı kontrollere göre daha aleksitimik oldukları gösterilmiştir (107).

Çalışmamızda ortaya çıkan sonuç, bizim hastalarımızda literatürde ifade edilenden daha yüksek aleksitimi oranlarına işaret etmektedir. Ancak sonuçları karşılaştırabilecek çalışma sayısı çok azdır.

Bu sonucun kültürel özelliklerle olası ilişkisi unutulmamalıdır. Bilindiği gibi ülkemizde duyguların ifade edilmesi çoğu kez somatizasyon şeklinde gerçekleşmektedir. Duyguları ifade etmek birçok durumda toplum içinde kabul görmeyen bir davranıştır ve çoğu zaman duygunun ifadesi zayıflık olarak görülmektedir. Hatta bazı duygular için kelime yokken, bazı duygular tamamen farklı kelimelerle yada duyularla (yanma, yangı, sızı) ifade edilebilmektedir (60). Bu nedenle duyguları ifade etmenin sağlıklı ve olgun bir davranış olarak görüldüğü batı felsefesinden köken alan aleksitimi oranları, kültürel bir farklılıktan dolayı ülkemizde yüksek olabilir. Bu durum aleksitiminin sosyal öğrenme kuramına dayanan açıklamasıyla uyumludur. Buna göre aile içinde duyguların değil somatik yakınmaların ifade bulduğunu gören çocuk, 'hasta rolüne adapte' olarak aleksitimik özellikler göstermeye meyilli hale gelir (52). Somatizasyonla ilgili çok sayıda çalışmada da benzer biçimde literatürden yüksek sonuçların olması, bu konuda düşündürmektedir. MAS'da aleksitiminin kültürel özellikleri incelenebilecek bir alan gibi görünmektedir.

Kişilik kavramı TME hastalıklarında çok çalışılmıştır ancak bu çalışmalar ağırlıklı olarak MMPI çalışmalarıdır. Literatürde SCID-II kullanılarak, kişilik bozukluğu tanılarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmalardan çok, hastalığın farklı özellikleri yada farklı iki ağırlı sendromun karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Akut çene ağrısı hastalarında yapılmış olan bir çalışmada bu hastalarda kişilik bozukluğu tanısı alma oranı %56.4 olarak saptanmıştır ve bu oran sağlıklı popülasyondan anlamlı biçimde yüksektir.

Bu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi C kümesi kişilik bozuklukları en yüksek grubu oluştururken, bunlar içinde OKKB'nin görülme sıklığı %60.9'dur (46). Bir diğer çalışmada akut ve kronik TME hastaları karşılaştırılmış ve her iki grupta da paranoid kişilik bozukluğu yüksek bulunmuştur (45).

Hastalığın kronikleşmesinde ağrı şiddetinin yükseliği ve miyofasiyal ağrının olmasının yüksek risk, bunların olmamasının düşük risk olarak kabul edildiği bir çalışmada hastalar yüksek ve düşük riskli olarak ikiye ayrılmıştır. Buna göre yüksek riskli grupta kişilik bozukluğu oranı %59.6 olarak saptanmış, bunlar içinde en yüksek oranı C kümesi kişilik bozuklukları (%56.9) almıştır. OKKB en sık görülen kişilik bozukluğu olarak öne çıkmıştır (85).

Çalışmamızda hastaların %66.2'sinin bir yada birden çok kişilik bozukluğu tanısı aldığı görüldü. Bunlar içinde en yüksek grubu C kümesinin (%47.7) ve ardından B kümesinin oluşturduğu (%21.5) görülmüştür. C kümesinde yer alan kişilik bozuklukları anksiyete ve korkunun ön planda olduğu ve Kernberg'in tanımladığı şekliyle nevrotik grup olarak da adlandırılabilen kişilik bozukluklarıdır. B kümesi kişilik bozukluklarıda impulsif, emosyonel özelliklerin ön planda olduğu borderline gruptur. Her iki küme MAS'da sağlıklı kontrollerden anlamlı biçimde yüksektir. Tüm grup içinde OKKB en sık görülen kişilik bozukluğu olmuştur. Diğer kişilik bozuklukları da katılınca iki grup arasında anlamlı fark sadece OKKB için görülmüştür. Çalışmamızla aynı desende olmamakla birlikte, verilerimiz sınırlı sayıda literatürle benzer bir paterne işaret etmektedir.

Çalışmamızda saptanan kişilik bozukluğu sıklığının diğer çalışmalardan daha yüksek olması, seçilen hasta gruplarının farklılığına bağlı olabileceği gibi kültürel özelliklere de bağlı olabilir. Ancak ülkemizde gerek sağlıklı popülasyonda gerekse hastalık gruplarında kişilik bozukluklarının görülme sıklıkları net değildir. Bu nedenle karşılaştırma yapmak mümkün gibi görünmemektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tıbben açıklanamayan somatik yakınmaları olan hastalarda kişilik bozukluğu yada eşik altı kişilik bozukluğu özelliklerinin görülme sıklığı %54.1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada OKKB %20 ile en sık görülen kişilik bozukluğu olmuştur. Ancak bu çalışmada kontrol grubu bulunmamaktadır. (67).

MAS grubunda SCID-II tanısı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı farklılık gösteren iki değer sürekli öfke ve iç öfke paunlarıdır. Lojistik regresyon analiziyle incelendiğinde, MAS grubunda SCID-II'den tanı almanın tek yordayıcısının iç öfke olduğu anlaşılmıştır. Yani MAS olan hastalar arasında iç öfkesi yüksek olanlar kişilik bozukluğu tanısı almaya,

diğer hastalardan daha eğilimlidir. Gerek B kümesi, gerekse C kümesinde bu tablo anksiyete ve/veya agresyonla açıklanabilir. İç öfkenin yüksekliği bu kişilerin öfkelerini uygun biçimde dışa vurmadıklarına işaret etmektedir. Araştırmacılar ağrının sosyal olarak kabul edilebilir bir agresyon biçimi olduğunu, suçluluk, pişmanlık ve düşmanlık duygularıyla bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma grubunda kontrol grubundan da anlamlı biçimde yüksek olan OKKB oranı aslında bu bulguyla uyumludur. Bilindiği gibi obsesif karakterin en önemli özelliklerinden biri agresyon inhibisyonu, izolasyon ve katı, cezalandırıcı süperegoya sahip olmalarıdır (108). Bu anlamda MAS; bu hasta grubunda hostilete, suçluluk, pişmanlık gibi duyguların varlığında ortaya çıkması beklenebilen bir rahatsızlıktır. Böylelikle öfke risk yaratmayan biçimde ifade edilmiş olur.

Yine B kümesi kişilik bozuklukları bu hasta grubunda sıklık açısından kontrollerle anlamlı farklılık göstermiştir. B kümesi içindeki kişilik bozukluklarının sıklıkları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bilinmektedir ki B kümesi kişilik bozuklukları öfkenin önemli olduğu ve uygun olmayan biçimlerde ortaya çıkabildiği bir kümedir. Bu küme içindeki histriyonik, borderline ve özellikle narsistik kişilik bozukluğu olan kişilerde somatizasyon bozukluğunun görüldüğü bilinmektedir. Çalışmada daha önceden bahsedilen sonuçlardan birisi de, MAS grubunda öfke kontrol puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğudur. Bu farklılığa öfke kontrol zorlukları olan B kümesi kişilik bozukluğu hastalarının katkıda bulunduğu düşünülebilir. Ancak bu ileriki çalışmalar için bir soru olabilir (109-111).

TAS puanları, MAS hastalarında kişilik bozukluğu tanısı alanlar ve almayanlar arasında fark göstermemiştir. Kontrol grubunda bu ayırım yapılırken vaka sayıları oldukça düşük kaldığından istatistiksel olarak değerlendirme yapılamamıştır. TAS puanlarının hastalığı etkilediği, çalışmamızda tespit edilmiştir ancak sonuçlar, bu etkileşimin kişilik bozukluğundan bağımsız olduğuna, aleksitiminin ayrı bir özellik olarak ağrıyı etkilediğine işaret etmektedir. Aleksitiminin bu etkileşiminin saptanması için daha çok vaka sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Son olarak, MAS grubunda olmanın öngörücülerinin incelendiği modelde, MAS grubunu düşük öfke kontrol puanı, yüksek TAS puanı ve SCID-II'den tanı almanın yordadığı görülmüştür. Akut çene ve bel ağrısı olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada çene ağrısı olan hastaları öngören parametrelerin incelendiği bir çalışmada C kümesi kişilik bozukluğunun varlığı öngörücü faktörlerden biri olarak saptanmıştır (6). Aynı ekibin yüksek (miyofasiyal ağrısı olan ve ağrı şiddeti yüksek olan grup) ve düşük riskli TME

hastalarında yürüttüğü bir çalışmada yüksek risk grubunda olmayı öngören faktörler arasında kişilik bozukluğu da yer almaktadır (85). Bu anlamda çalışmamızda kişilik bozukluğunun hastalığı öngörme gücü var olan literatürle uyumludur ancak aleksitimi ve öfke ifade biçimleriyle ilgili çalışmamıza benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızın sonucu, sadece incelenen faktörlerle sınırlı kalacak şekilde yorumlanmak kaydıyla; öfkesini dışa vurmayan, duygularını ifade etmeyen, bunları tanımayan ve kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerin hastalık için risk taşıdığını göstermektedir. Bu bilgi daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir. Bu prediktörlerin tedavi cevabına etkileri yada hastalığın başlangıcında mı, alevlenmesinde mi, yoksa tedaviye direnç gelişmesinde mi etkili olduğu konusunda yapılacak prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MAS olan hastalarda aleksitimi, öfke ifade biçimleri ve kişilik bozukluklarının araştırıldığı çalışmamız, hastaların her üç parametre açısından da sağlıklı kontrollerden farklı olduğunu ve özellikle öfkenin bu hastalarda kişilik bozukluğunu öngördüğünü ortaya koymuştur. Çalışmada incelenen değişkenlerden düşük öfke kontrolü, yüksek aleksitimi puanları ve kişilik bozukluğu varlığının MAS hastalığının varlığı için risk oluşturduğu anlaşılmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları:

1. Hasta grubunun özelliğinden dolayı kadın ve erkek sayısının dağılımı homojen değildi. Bu nedenle cinsiyete özgü faktörlerin değerlendirilmesi mümkün olmadı.
2. Çalışmada vaka sayısı tek tek kişilik bozukluklarının sıklıklarını belirleyecek güçte değildi. Daha geniş örnekleme yapılacak bir çalışma bu konuda daha net bilgiler sağlayabilir.
3. Kesitsel özelliği olan bu çalışmayla saptanan özelliklerin hastalığı hangi aşamada ve nasıl etkilediği yönünde kesin bir kanıya varmak mümkün değildir. Bu nedenle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.
4. Çalışmada araştırılan üç özellik, birinci eksen psikiyatrik tanılardan etkilenmektedir. Birinci eksen tanıları saptamak için yapılandırılmış görüşme yapılmamıştır. Dolayısıyla tüm veriler yorumlanırken bu durum dikkate alınmalıdır.
5. Bu hastalar toplumda tedavi arayışına girmeyen hasta grubunu temsil etmemektedir. Tedavi arayışında olmaları, bazı değişkenleri etkiliyor olabilir.
6. Hastaların büyük kısmını kronik hastalar meydana getirdiğinden, bu sonuçların tüm hasta grubuna genellenmesinde sakıncalar olabilir. Hastaların akut ve kronik olarak ayrıldığı gruplarda yapılacak çalışmalar ilerisi için gereklidir.

Bu nedenle bu sınırlılıkların minimale indirildiği çalışma desenlerine ihtiyaç vardır. İlerisi için araştırılabilecek konular;

1. Çalışmamızda en sık saptanan kişilik bozukluğu olan OKKB hastalarında MAS taraması yapılarak, hangi hastalarda bu hastalığın ortaya çıktığı ve öfke ifade biçimi ve aleksitimiyle etkisinin araştırılması,
2. Akut ve kronik hastalarda bu özelliklerin karşılaştırılması,
3. Ağrı şiddetine göre hastaların sınıflandırılması ve ağrı şiddetiyle kişilik bozukluğu, öfke ve özellikle de çalışmamızda kişilik bozukluğundan bağımsız bir faktör olarak etkili olduğunu düşündürten aleksitiminin incelenmesi,
4. Hastaların izlenmesi ve bu faktörlerin tedavi cevaplarıyla ilişkisinin karşılaştırılması,
5. Risk gruplarının MAS geliştirmesi açısından izlenmesi hastalığın hem psikojenik kökeni hem de kültürel özellikler açısından daha net bilgiler verebilir.

ÖZET

Psikiyatrik komorbiditesi yüksek, yaygın bir hastalık olan miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) temporomandibular eklemde meydana gelebilir. Bu çalışmada; MAS (N=65) ve kontrol grubunda (N=45) kişilik bozukluğu sıklığı, aleksitimi, öfke ifadelerinin karşılaştırılması ve aleksitimi ve öfke ifadesinin MAS hastalarında kişilik bozukluğuna sahip olmayla ilişkisi olup olmadığının araştırılması amaçlanmaktadır.

Gruplar Toronto Aleksitimi Skalası , Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği ve SCID-II kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar MAS grubunda aleksitimi, sürekli öfke, öfke-içte puanlarının kontrol grubundan daha yüksek (sırasıyla $t=5.612$, $p=.000$; $t=3.12$, $p=.002$; $t=2.42$, $p=.007$), öfke kontrol puanlarının ise ($t=-3.37$, $p=.000$) daha düşük olduğunu göstermektedir. MAS grubunda bir yada birden çok kişilik bozukluğu görülme oranı %66.2'di ve kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksekti ($\chi^2=28.72$, $p=.000$). B ve C kümesi kişilik bozukluğu sıklığı MAS grubunda anlamlı biçimde yüksekti (sırasıyla $\chi^2=5.24$, $p=0.022$ ve $\chi^2=15.83$, $p=.000$). MAS grubunda OKKB görülme sıklığı kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksekti ($\chi^2=15.063$, $p=.000$). MAS grubunda II. eksen tanısı almayı yordayan tek değişkenin iç öfke puanı olduğu saptandı. MAS grubunda olmayı yordayan değişkenler yüksek aleksitimi puanı, düşük öfke kontrolü puanı ve kişilik bozukluğu tanısı almaktı.

MAS hastaları kontrol grubundan daha yüksek aleksitimi puanları ve kişilik bozukluğu oranlarına sahipti. Öfke dışı vurum şekilleri de, dış öfke hariç, sağlıklı kontrollerden yüksekti. Ağrı öfke dışı vurumuyla yakından ilişkilidir. OKKB hastalarının savunma mekanizması olarak agresyon inhibisyonunu kullandıkları bilinmektedir. MAS hastalarında bu ilişki çalışmamızda gösterilmiştir. Aleksitimi, öfke kontrol puanı ve kişilik bozukluğu tanısına sahip olmak MAS grubunda olmayı öngören 3 faktördü. Burda bildirilen bulgularla bağlantılı olarak, bu faktörleri MAS gelişimindeki nedensel önemlerini saptayacak ileriki çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Temporomandibular eklem, miyofasiyal ağrı, aleksitimi, öfke, kişilik bozukluğu

ABSTRACT

Myofascial Pain Syndrome (MPS) of the temporomandibular joint (TMJ) occurs both commonly and highly comorbidly with various psychiatric diseases. This study was undertaken to compare the styles of anger expression, alexithymia levels and the frequency of personality disorders, between an MPS (N=65) group and a healthy control (N=40) group. Additionally, the study examines if alexithymia and styles of anger expression can be used as a predictor of personality disorder in MPS patients. The groups were evaluated using The Toronto Alexithymia Scale (TAS), The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Results revealed that in comparison to the control group, the MPS group had higher alexithymia, trait anger, and anger-in scores (respectively $t=5.612$, $p=.000$; $t=3.12$, $p=.002$; $t=2.42$, $p=.007$) as well as lower anger control scores ($t=-3.37$, $p=.000$). The MPS group members also had significantly more Axis II disorders than those in the control group ($\chi^2=28.72$, $p=.000$). The personality disorder comorbidity in MPS patients was 66.2%. The MPS group demonstrated higher rates of Cluster B and C personality disorders (respectively $\chi^2=5.24$, $p=0.022$ vs. $\chi^2=15.83$, $p=.000$). Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCCD) was the most common disorder in the MPS group ($\chi^2=15.063$, $p=.000$). The Anger-in score was the only successful predicting factor for personality disorder within the MPS group. Of the ten common psychological factors within the MPS group, only three, alexithymia, anger control scores, and personality disorder, were shown to be usable as predictors for MPS. Overall, the MPS group members had higher alexithymia scores and personality disorder rates than those in the control group. Styles of anger expression, except anger-out scores, varied significantly between the two groups. Pain is closely related to anger expression. It is well known that OCCD patients use aggression inhibition as a defense mechanism. This relationship was shown in the study. Three factors, alexithymia, anger control scores and personality disorder were the only predictors found for MPS. In conjunction with the above findings, future research is required to determine these factors' causal importance in the development of MPS.

Key words: Temporomandibular joint, myofascial pain, alexithymia, anger, personality disorder

KAYNAKLAR

1. Kavuncu V. (2002). Temporomandibular Eklem Disfonksiyon Sendromu. In: Göksoy T, ed. Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi. İstanbul: Yüce Basımevi, 791-802
2. Suvinen TI, Reade PC, Kemppainen P, Könönen M, Dworkin SF. (2005) Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *Eur J Pain*, 9, 613-633
3. Koh KB. (2003) Anger and somatization. *Journal of Psychosom Res*, 55, 113
4. Greenwood KA, Thurston R, Rumble M ve ark. (2003) Anger and persistent pain: current status and future directions. *Pain*, 103, 1-5
5. Schwartz R, Creene CS, Laskin D. (1979). Personality characteristics of patients with myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome unresponsive to conventional therapy. *J Dent Res*, 58, 435-39
6. Deirdre E, Gatchel R, Adams L, Stowell AW. (2006) Emotional distress and medication use in two acute pain populations: Jaw and low back. *Pain Practice* ; 6, 242–253
7. Dworkin SF, Truelove EL, Bonica JJ. (1990) Facial and head pain caused by myofascial and temporomandibular disorders. In Bonica JJ(Ed): *The Management of Pain*. Philadelphia-London, Lea&Febiger, pp727-745
8. Laskin DM. (2001). Temporomandibular Joint Pain. In Ruddy S, Harris ED, Sledge CB (Eds): *Kelly's textbook of Rheumatology*. Philadelphia, W.B. Saunders Co. pp 557-567
9. Aksoy C. (2000). Temporomandibular Ağrı ve Disfonksiyon. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, ed. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi. p. 1391-1425
10. Bessette RW, Jacobs JS. (1997). Temporomandibular joint dysfunction. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CH (eds). *Grabb & Smith's Plastic Surgery*, Lippincott-Raven Publishers. pp. 335-347
11. LeResche L. (1997). Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med*, 8, 291-305

12. A Nekora-Azak, G Evlioglu, M Ordulu, H İşsever (2006) Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Turkish population. *J Oral Rehabil*, 33, 81-4
13. Dolwick MF. (1997). Temporomandibular joint disorders. In Koopman WJ (Ed): *A Textbook of Rheumatology*. Baltimore, Williams&Willkins Co. pp.1813-1820
14. Drangsholt M, LeResche L. (1999) Temporomandibular disorder pain. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, editors. *Epidemiology of pain*. Seattle. IASP Press. pp. 203-233
15. Baldry PE. (2001). *Myofascial pain and fibromyalgia syndromes*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp.30-70
16. Travell JG, Simon DG. (1992) *Myofascial Pain and Dysfunction. The trigger point manuel*. Vol I, Upper half of body. Baltimore. Williams&Wilkins.
17. Uyar M. (2000) Miyofasiyal ağrı sendromu ve diğer muskuloskeletal kökenli ağrılar. In: Erdine S, (ed). *Ağrı*. İstanbul: Nobel Kitabevi, pp. 387-396
18. Carlsson EG, Egermak I, Magnusson T. (2003). Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain*, 17,50-57
19. Parman T. (2005) *Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği Psikanaliz Yazıları*, 11,13-31
20. Fenichel O. (1974). *Nevrozların psikanalitik tedavisi*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi. No:98. İzmir, sf:218-230
21. Lefer L (1966) A psychoanalytic view of a dental phenomenon-Psychosomatics of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *Contemp Psychoanal*, 2,135-150
22. Özkan S (1993) *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı*. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul. s.117-134
23. Borg-Stein J, Simons DG (2002). Myofascial Pan. *Arch Phys Med Rehabil*, 83 , 40-7
24. Dunn J. (1992) *Physical therapy*. In Kaplan AS, Assael LA (Eds): *Temporomandibular Disorders: diagnosis and treatment*. Philedelphia, W.B. Saunders Co., pp 455-500
25. Dimitroulis G (1998). Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ*, 317, 190-194

26. Grzesiak RC (2002). Psychologic considerations in myofacial pain, fibromyalgia, and related musculoskeletal pain. *Myofacial Pain and Fibromyalgia*, 2. Baski, Rachlin ES, Rachlin IS (Ed), St Louis: Mosby, pp.91-117
27. Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LME, Tamara O. (2001) Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg*, 59, 628-633
28. Flor H, Birbaumer N, Schugen MM, Lutzenberger W (1992). Symptom-specific psychophysiological responses in chronic pain patients, *Psychophysiology*, 29, 452-460
29. Flor H, Birbaumer N, Schulte W, Roos R (1991). Stress-related electromyographic responses in patients with chronic temporomandibular pain, *Pain*, 46, 145-152
30. Carlson CR., Okeson JP, Falace DA., Nitz AJ, Curran SL, Anderson D (1993). Comparison of psychologic and physiologic functioning between patients with masticatory muscle pain and matched controls, *J Orofac Pain*, 7, 15-22)
31. Carlson CR ve ark. (1998.) Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain*, 76, 297-307
32. De Leeuw R, Bertoli E, Schmidt JE, Carlson CR. (2005). Prevalence of traumatic stressors in patients with temporomandibular disorders. *J Oral Maxillofac Surg*, 63, 42-50
33. Curran SL, Sherman JJ, Cunningham LL ve ark. (1995). Physical and sexual abuse among orofacial pain patients: linkages with pain and psychological distress among woman. *J Orofac Pain*, 9, 340-346
34. Speculand B, Hughes AO, Goss AN. (1984). Role of recent stressful life events experience in the onset of TMJ dysfunction pain. *Community Dent Oral Epidemiol*, 12,197-202
35. Evaskus DS, Laskin DM. (1972) A biochemical measure of stress in patients with myofascial pain-dysfunction syndrome. *J Dent Res*,196, 129-136
36. Korszun A, Young EA, Singer K ve ark. (2002). Basal circadian cortisol secretion in woman with temporomandibular disorders. *J Dent Res* 81, 279-283
37. Ehlert U, Gaab J, Heinrichs M (2001). Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: the role of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Biol Psychol*, 57,141-52

38. Da Silva Andrade A, Gamero GH, Pereira LJ, Junqueira Zanin IC, Gavião MB. (2008). Salivary cortisol levels in young adults with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol*, 57, 109-16
39. Korszun A, Papadopoulos E, Demitrack M, Engleberg C, Crofford L, Arbor A. (1998) The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 86, 416-20
40. Turk DC, Rudy TE, Kubinski JA, Zaki HS, Greco CM. (1996) Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol [abstract] *Consult Clin Psychol*, 64, 139-46
41. Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein L. (2007) Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders: biopsychosocial intervention versus treatment as usual. *J Am Dent Assoc*, 138, 202-8
42. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. (2002) Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.*, 88, 479-84
43. Nifosi F, Violato E, Pavan C, Sifari L, Novello G, Guarda NL ve ark. (2007) Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data. [abstract] *Int J Psychiatry Med*, 37, 283-300
44. Mongini F, Ciccone G, Ceccarelli M, Baldi I, Ferrero L. (2007) Muscle tenderness in different types of facial pain and its relation to anxiety and depression: A cross-sectional study on 649 patients. *Pain* 131,106-111
45. Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C (1996) Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *J Am Dent Assoc*, 127, 1365-1370
46. Edwards D, Gatchel R, Adams L, Stowell AW. (2006). Emotional distress and medication use in two acute pain populations: Jaw and low back. *Pain Practice*, 6,242-253
47. Sherman JJ, Carlson CR, Wilson JF, Okeson JP, McCubbin JA. (2005) Post-traumatic stress disorder among patients with orofacial pain. *Journal of Orofacial Pain*, 19, 309-17
48. Bertoli E, Leeuw R, Schmidt JE, Okeson JP, Carlson CR.(2007)Prevalence and Impact of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Patients with Masticatory Muscle or Temporomandibular joint Pain: Differences and Similarities. *J Orofac Pain*, 21,107-119

49. Meldolesi GN, Picardi A, Toraldo di Francia R, Biondi M (2000) Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint-pain dysfunction syndrome. [abstract] A controlled investigation. *Psychoter Psychosom*, 69, 322-328
50. Manfredini D, di Poggio AB, Romagnoli M, Dell'Osso L, Bosco M (2004). Mood spectrum in patients with different painful temporomandibular disorders. *Cranio*, 22, 234-40
51. Gündel H, Ladwig KH, Wolowski A, Fischer A, Gröbl A, Marten-Mittag B ve ark. (2002) Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms. [abstract] *Schmerz*. 16, 285-293
52. Kocak R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*,35: sayı 1-2
53. Sifneos PE. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity, *Psychiatric Clinics of North America*, 11,287-293
54. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. (2003) Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res*, 54, 533-541
55. Parker, J.D. and Ark. (1998). Alexithymia: Relationship with Ego Defense And Coping Styles, *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98
56. Suslow T, Jounghonns K. (2002). Impairments of Emotion Priming Alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 32, 541-550
57. Taylor, G.J. (2000). Recent Development in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142
58. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1991). Alexithymia Construct, A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine”, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32 , 153-163.
59. Lesser IM (1981). A reiew of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 43,531-543
60. Baskak B, Cevik A. (2007). Somatizasyonun kültürel boyutları. *Psychiatry in Türkiye*,9, 50-57
61. Loas G (1995). Prevalence of alexithymia in a general Population, *Ann Med Psychol*, 153, 355-357

62. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults. *Compr Psychiatry*, 42, 471-476
63. Candansayar S ve ark. (1993) Genç erişkin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Bursa, 29 Eylül-4 Ekim 1993,120
64. Aguglia E, Carlino D, Vanna M De (2006). Psychopathological aspects of pain. *Neurol Croat*, 55, 46-52
65. Freyberger H. (1977). Supportive Psycho Therapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28, 337-342
66. Bestepe E, Tüzer V, Önder ME (2000). Psikiyatrik ve psikosomatik hasta ve kontrol grubunda aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma 3P Dergisi, 8,175-181
67. Özen Ş, Özçetin A, Özkan M, Özbulut M, Başak İ. (1999). Bedenselleştiren hastalarda eksen-2 bozuklukları, kişilik özellikleri ve aleksitimi. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2,114-122
68. Gürkan SB (1996). Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 99-103
69. Lumley MA, Smith JA, Longo DJ. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain. Comparisons with self- efficacy, catastrophizing, and depression. *J Psychosom Res*, 53, 823–30
70. Nyklicek I, Vingerhoets A. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimuli. *Pain*, 65, 471–5
71. Sivik T. (1993). Alexithymia and hypersensitivity to touch and palpation. *Integrat Physiol Behav Sci*, 28, 130–6
72. Millard RW, Kinsler BL. (1992). Evaluation of constricted affect in chronic pain: An attempt using the Toronto Alexithymia Scale. *Pain*, 50, 287–92
73. Cox BJ, Kuch K, Parker JD, Shulman ID, Evans RJ. Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *J Psychosom Res* 1994;38:523–7
74. Glaros AG, Lumley MA. (2005). Alexithymia and pain in temporomandibular disorder. *J Psychosom Res*, 58, 85-88
75. Sipilä K, Veijola J, Jokelainen J, Järvelin MR, Oikarinen KS, Raustia AM ve ark.(2001) Association of symptoms of TMD and orofacial pain with alexithymia:

- an epidemiological study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Cranio*, 19, 246-251
76. Feinstein RE. (2006) Personality traits and disorders. In: Blumenfeld M, Strain JJ (eds): *Psychosomatic Medicine*, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, pp:843-865
 77. Cloninger CR, Svrakic DM. (2000). Personality disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). In: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, pp.1723-1764
 78. Epker J, Gatchel RJ (2000). Coping profile differences in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder. *Psychosom Med.* 62, 69-75
 79. Meldolesi GN, Picardi A, Toraldo di Francia R, Biondi M (2000). Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint-pain dysfunction syndrome. [abstract] A controlled investigation. *Psychoter Psychosom*, 69, 322-328
 80. Eversole LR, Stone CE, Matheson D, Kaplan H. (1985). Psychometric profiles and facial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 60, 269-274
 81. Southwell J, Deary IJ, Geissler P (1990). Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *J Oral Rehabil*, 17, 239-243
 82. Pallegama RW, Ranasinghe AW, Weerasinghe VS ve ark. (2005). Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J Oral Rehab*, 32, 701-707
 83. Ferrando M, Andreu Y, Galdon JM, DuraE, Poveda R, Bagan VJ (2004). Psychological variables and temporomandibular disorders: Distress, coping, and personality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 98, 153-60
 84. Darcan A, Onur E, Köse T, Alkın T, Erdem A (2008). Temporomandibular hastalığı olan hastalarda mizaç ve karakter boyutları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Baskıda
 85. Wright AR, Gatchel RJ, Wildenstein L, Riggs R, Buschang P, Ellis E. (2002). Biopsychosocial differences between high-risk and low-risk patients with acute TMD-related pain. *JADA*, 135, 474-483
 86. Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD. (1991). Anger and anxiety in essential hypertension. *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*, 265–279

87. Koh KB. (2002). Stres and psychosomatic medicine. Seoul, Korea: Ilchokaak: 231-249
88. Koh KB, Park JK. (2008). The relation between anger management style and organ system-related somatic symptoms in patients with depressive disorders and somatoform disorders. *Yonsei Med J*, 49, 46-52
89. Kerns RD, Rosenberg R, Jakob MC. (1994). Anger expression and chronic pain. *J Behav Med*, 15, 57-67
90. Corbishely MA, Hendricson R, Beutler LE, Engle D. (1990). Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *J Pain Sympt Mgmt*, 5, 241-248
91. Bruehl S, Chung OY, Burns JW, Diedrich L. (2007) Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130, 208-15
92. Fernandez E, Turk DC. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61,165-175
93. Bruehl S, Chung OY, Burns JW. (2003). Differential effects of expressive anger regulation on chronic pain intensity in CPRS and non-CPRS limb pain patients. *Pain*, 104, 647-654
94. Abbate-Daga G, Fassino S, Lo Giudice R, Rainero I, Gramaglia C, Marech L ve ark. (2007). Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom*, 76,122-8
95. Okifuji A, Turk DC, Curran SL. (1999), Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *J Psychosom Res*, 47,1-12
96. Özer AK (1994). Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31, 26-35
97. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan D ve ark. (1988). Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med*, 50, 500-509
98. Dereboy İF. (1991). Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1,157-165
99. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Lorna B. (1994). Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) Version 2.0. New York: New York State Psychiatric Institute;

100. Sorias S. (çev) (1990). SCID II Kişilik bozuklukları formu (DSM III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu). Ege Üni. Bornova
101. Warren MP, Fried JL (2001). Temporomandibular disorders and hormones in woman. *Cells Tissues Organs*, 169,187-192
102. LeResche L, Saunders K, Von Korff MR, Barlow W, Dworkin SF. (1997). Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorder pain. *Pain*, 69,153-60
103. Bessete RW., Jacobs JS., (1997) Grabb and Smith's Plastic Surgery, Temporomandibular Joint Dysfunction, Lippincott-Raven Publishers
104. Glaros, AG, Williams, K,Lausten, L (2005). The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J Am Dent Assoc*, 136(4), 451-458
105. Bruehl S, Burns JW, Chung OY, Ward P, Johnson B. (2002). Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: the role of endogenous opioids. *Pain*, 99,223-233
106. Gaskin ME, Greene AF, Robinson ME, Geisser ME (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res*, 36, 707-13
107. Sayar K, Gulec H, Topbas M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin. Rheumatol*, 23,441-448
108. Gabbard GO (2000). Cluster C personality disorders obsessive-compulsive, avoidant, and dependent. In: Glen OG (ed), Washington, American Psychiatric Pres, pp:547-560
109. Snyder S, Pitts WM. (1986). Characterizing somatization, hypochondriasis, and hysteria in the borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73,307-314
110. Lipowski ZJ. (1988). [abstract] Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145,1358-1368
111. Oxman TE,Rosenberg SD, Schnurr PP, Tucker GJ (1985). Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder. *Am J Psychiatry*, 142,1150-1155

FORMLAR**MAS HASTALARININ DEĞERLENDİRME FORMU****AD/SOYAD:****YAŞ:****CİNSİYET:**

1. KADIN 2.. ERKEK

MEDENİ DURUM:

1 EVLİ

2. BEKAR

3. DUL

4. BOŞANMIŞ

MESLEK:

1. EV HANIMI

2. MEMUR

3. ÖĞRENCİ

4. EMEKLİ

5. SERBEST

6. İŞÇİ

7. ÇALIŞMIYOR

EĞİTİM:

1.İlkokul

2.Ortaokul

3.Lise

4.Yüksek Öğrenim

5.Eğitim yok

ÇALIŞMA OTAMI:

- 1.RAHAT
2. GERGİN

EKONOMİK DURUM:

- 1.KÖTÜ
- 2.NORMAL
- 3.İYİ
- 4.ÇOK İYİ

FİZİKSEL HASTALIK:

- 1.EVET
- 2.HAYIR

BAŞLATAN NEDEN:

1. YOK
2. ZORLANMA
3. SİSTEMİK HASTALIKLAR
4. SOĞUK
- 5.AĞIZ İÇİ MÜDAHALELER
6. TRAVMA
7. AMELİYATLAR
8. STRES
- 9.DİĞER
- 10.ZORLANMA VE STRES
- 11.SOĞUK VE STRES

STRES BAŞLATAN FAKTÖR OLABİLİR Mİ?

1. EVET 2. HAYIR

STRESÖRLER:

- 1.KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER

- 2.İŞ ORTAMI
- 3.EVLİLİK SORUNLARI
- 4.EKONOMİK PROBLEMLER
- 5.KAYIP (MADDİ, SEVİLEN BİRİ vs.)
- 6.OKUL SORUNLARI
- 7.DİĞER

DESTEK SİSTEMLERİ

1. YETERLİ DESTEK VAR
2. YETERLİ DESTEK YOK

GEÇMİŞTE PSİKIYATRİK HASTALIK:

1. VAR
2. YOK

ŞİKAYETİN SÜRESİ: (ay olarak)**VAS:****SÖÖTÖ:**

- SÜREKLİ ÖFKE:
- ÖFKE İÇTE:
- ÖFKE DIŞA:
- ÖFKE KONTROL:

SCID II:**TAS Skoru:**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI
ANABİLİMDALI**

TAS

Aşağıdaki ifadelerden her birini lütfen okuyun, sonra da ifadelerin genel olarak size uygunluğunu değerlendirin ve sizi en iyi tanımlayan ifadelerin sağ tarafında yer alan “evet”, “hayır” seçeneklerin altına (X) işareti koyun.

	EVET	HAYIR
1-Ağladığımda beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	0	1
2-Hayal kurmak boş zaman harcamaktır.	1	0
3-Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	1	0
4-Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilmem.	1	0
5-Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	0	1
6-Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	0	1
7-Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	1	0
8-Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	1	0
9-Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	0	1
10-Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.	1	0
11-Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez, nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.	0	1
12-Duygularımı kolayca anlatabilirim.	0	1
13-Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok, onların nereden kaynaklandığı üzerinde düşünmeyi tercih ederim.	0	1
14-Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilmeme.	1	0
15-Hayal gücümü bolca kullanırım.	0	1

16-Yapacak başka bir şeyim olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	0	1
17-Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.	1	0
18-Pek hayal kurmam.	1	0
19-Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim.	1	0
20-Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	0
21-İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.	0	1
22-İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.	1	0
23-Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok sözetmemi isterler.	1	0
24-İnsan, olayların derinine inmelidir.	0	1
25-İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	1	0
26-Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.	1	0

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
SÖÖTÖ**

I.BÖLÜM: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyun, sonra da **genel** olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçenek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan, **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
1.Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Yaptığım iyi bir iş, kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

II.BÖLÜM: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Herbir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda **genelde** ne yaptığınızı düşünerek, o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan, **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
11.Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Öfkemi içe atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
16.İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
21.Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
26.Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
31.İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)